

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

Le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue le Mercredi 27 Juin 1894, à une heure

PAR

André MORIN

Né à Paris, le 29 Avril 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

L'HYDROPIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
JALAGUIER et RICARD, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11-13

PARIS

1894

338

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

338

Le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue le Mercredi 27 Juin 1894, à une heure

PAR

André MORIN

Né à Paris, le 29 Avril 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

L'HYDROPIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
JALAGUIER et RICARD, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11-13

PARIS

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie.....	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale.....	N.
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS
	{ G. SEE
Clinique médicale.....	{ POTAIN
	{ JACCOUD
	{ HAYEM
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies nerveuses.....	N...
	{ N...
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY
	{ LE DENTU
	{ TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des voies urinaires.....	GUYON
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER
	{ PINARD

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN	DELBET	MARFAN	RETTERRER
ANDRÉ	FAUCONNIER	MARIE	RICARD
BALLET	GAUCHER	MAYGRIER	ROGER
BAR	GILBERT	MENETRIER	SCHWARTZ
BRISAUD	GLEY	NELATON	SEBILEAU
BRUN	HEIM	NETTER	TUFFIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	POIRIER, chef des	VARNIER
CHARRIN	LEJARS	travaux anatomiques	VILLEJEAN
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	WEISS
DEJERINE			

Secrétaire de la faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MORIN

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON FRÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MORIN

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

ADOLPHE-ANDRÉ MORIN

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris

A MON COUSIN ET MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES MONOD

Professeur agrégé à la Faculté

Chirurgien à l'Hôpital Saint-Antoine

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MILLARD

Médecin à l'Hôpital Beaujon

Officier de la Légion d'honneur

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR TERRIER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'hôpital Bichat

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

AVANT-PROPOS

A la suite de deux opérations de cholécystostomie et de cholécystectomie pratiquées sur deux malades atteints d'hydropisie de la vésicule biliaire, M. le Dr Monod a bien voulu nous donner une des observations en nous engageant à rechercher dans la littérature médicale les observations publiées d'hydropisie de la vésicule biliaire, spécialement les cas suivis d'intervention.

C'est le résultat de ses recherches que nous exposons ici.

Limitons immédiatement notre sujet : nous n'avons pas en vue l'hydropisie de la vésicule biliaire comme l'ont comprise certains auteurs, c'est-à-dire une collection liquide plus ou moins abondante et incolore de la vésicule biliaire, mais la tumeur biliaire causée par

une occlusion permanente et complète du canal cystique, que la cause de cette occlusion soit reconnue ou non.

Après avoir brièvement rappelé l'anatomie et la physiologie normales de la vésicule biliaire, nous passerons successivement en revue l'anatomie pathologique, l'étiologie, les symptômes, la marche, le pronostic et le diagnostic de l'hydropisie du cholécyste.

Nous indiquerons le traitement proposé pour la cure de cette affection et nous citerons les observations que nous avons pu réunir d'hydropisie de la vésicule biliaire suivies d'intervention chirurgicale.

Les conclusions qui termineront ce travail ne sont pas le résultat d'observations personnelles ; elles sont cependant basées sur la lecture de plus de cent cas de tumeur hydropique du cholécyste.

A défaut d'un travail original toujours plus intéressant, nous espérons avoir terminé nos études médicales par un travail utile.

Avant d'aborder notre sujet nous tenons à remercier nos maîtres dans les hôpitaux :

Monsieur le Dr Ch. Monod dont nous avons été l'élève bénévole (1887) externe (1889) interne provisoire (1891) nous a suggéré l'idée de cette thèse et en a facilité l'exécution en dirigeant nos recherches.

Qu'il me permette de lui exprimer ici mes remerciements non seulement pour ses enseignements, mais

pour les facilités de toutes natures que m'a valu son affectueux intérêt.

Monsieur le D^r Millard (externat 1890) a été pour nous un maître savant et bienveillant; vous aussi cher maître m'avez donné dans des circonstances que je n'oublie pas des marques précieuses de votre sollicitude.

Que Monsieur le D^r Ricard (Saint-Antoine) et Monsieur le D^r Hutinel (Enfants Assistés) nous laissent leur dire quel souvenir particulièrement agréable nous avons gardé de leur service.

Nous avons suivi dans les hôpitaux et les cliniques les visites et les leçons de MM. les docteurs Ed. Labbé, Comby, Picqué, Hirtz, Josias, de MM. les professeurs Tarnier et Pinard. Nous leur adressons ici nos remerciements.

Monsieur le professeur Terrier a bien voulu accepter de présider la soutenance de cette thèse, nous lui sommes très reconnaissant de l'honneur qu'il nous fait. — On trouvera plus loin une observation inédite d'hydropisie de la vésicule biliaire suivie de cholécystostomie que M. Terrier nous a autorisé à prendre dans son service.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Visible dès le second mois de la vie intra-utérine lorsque l'embryon mesure de 2,5 à 3 centimètres de longueur, et présentant dès le cinquième mois des villosités au niveau de sa muqueuse, la vésicule biliaire semble procéder de l'intestin, en même temps que les voies biliaires, par bourgeonnement et ramifications successives.

Pour plusieurs auteurs la vésicule biliaire ne serait autre chose que le développement énorme d'un de ces vasa aberrantia fréquents chez l'adulte et le vieillard. Cependant ces canaux ne se rencontrent pas chez le fœtus et l'enfant.

L'existence de la vésicule biliaire n'est pas constante. Dans la série animale on la voit apparaître ou manquer sans que l'on en puisse donner une raison satisfaisante.

Chez les mammifères le cholécyste manque chez plusieurs herbivores et existe en général chez les carnivores. Mais ce n'est pas là une règle générale : la vésicule manque ou existe en effet chez les espèces les

plus voisines et tandis que le porc et le bœuf ont un réservoir biliaire, le sanglier et le cerf en sont dépourvus.

Certains animaux normalement porteurs d'une vésicule peuvent en manquer ; plusieurs auteurs rapportent des autopsies à l'appui de ce fait.

Enfin on a pu extirper la vésicule chez le chien sans observer de troubles sérieux ou durables de la nutrition (de Page).

Chez les oiseaux aussi, la vésicule existe ou manque en dehors de toute question de régime alimentaire.

Absent chez certains poissons, le réservoir biliaire est chez d'autres presque aussi volumineux que tout le tube digestif.

Chez l'homme la vésicule biliaire présente de nombreuses anomalies.

Elle peut manquer complètement ; et, sans vouloir citer tous les cas connus, on peut rappeler celui de Follet (Acad. de médecine 25 mars 1828) à propos duquel Bouillaud cite un cas de Morgagni.

Roth (Arch. f. clin. Chir. 1885 p. 87) en cite trois cas d'après Baille in « Morbid Anatomy », d'après le journal d'Hufeland de 1830, et d'après Tenain chez une femme de 47 ans.

Plus récemment Stamm (Journal of american medical association — Chicago — 1888 p. 88) et Brown (St-Louis courier of medicine — St-Louis — 1887 p. 15-36) en citent deux autres cas.

Enfin Boeckel (Obs. VI Congrès de chirurgie de 1892) au cours d'une intervention n'a pas trouvé trace de vésicule biliaire.

Dans certains faits d'absence congénitale de la vésicule on a trouvé des dispositions rappelant sa forme anatomique chez certains animaux, dilatation compensatrice des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

L'atrophie du cholécyste a été observée fréquemment chez le vieillard, la vésicule flétrie et vide, ou ratatinée et comme transformée en un cordon fibreux, ou étroitement appliquée sur un calcul, est un organe désormais inutile, et le plus souvent aucun accident n'a révélé pendant la vie cette suppression du réservoir biliaire.

Enfin la vésicule peut avoir été extirpée à la suite d'une intervention chirurgicale; et, là encore, le plus souvent aucun accident n'en résulte.

On a vu des vésicules biliaires doubles, qu'il y eût un sac unique avec une cloison plus ou moins complète, ou qu'il y eût deux sacs distincts, et même deux canaux cystiques.

Les anomalies de situation ne sont pas fréquentes.

Le cholécyste peut être caché dans le foie, ou bien répondre au lobe gauche.

La vésicule peut se déplacer avec le foie et on l'a trouvée dans l'hypogastre, dans la fosse iliaque droite, au niveau de la colonne vertébrale.

Parfois le développement considérable du replipéritonéal l'appliquant au foie lui permet d'être très mobile dans la cavité abdominale en lui formant un véritable mésocyste.

En général la vésicule biliaire se présente chez l'homme adulte comme un sac pyriforme, situé à la face inférieure du foie, en dehors du lobe carré, dans la fossette cystique, appliquée au foie plus ou moins lâchement par le péritoine tapissant son fond, sa face inférieure, et ses faces ou bords latéraux. C'est au niveau du col que la fixité est la plus grande. Nous avons déjà vu la possibilité de l'existence d'un mésocyste plus ou moins développé, disposition normale chez certains animaux.

La vésicule est dirigée d'avant en arrière, de bas en haut, de gauche à droite.

Les dimensions moyennes sont 7-8 centimètres de longueur, et 2.5-3 centimètres de large. Sa capacité est d'environ 45 centimètres cubes. Mais toutes ces dimensions sont essentiellement variables.

On peut sans la rompre y pousser une injection de 250 centimètres cubes d'eau, c'est-à-dire cinq fois plus considérable que son volume moyen. On a même pu la distendre assez pour lui faire atteindre et dépasser l'ombilic.

Pour étudier les rapports du cholécyste on le divise d'habitude en trois parties : la partie antéro-inférieure

ou fond, la partie moyenne ou corps, la partie postéro-supérieure ou col.

Le fond, tapissé entièrement par le péritoine, répond à la paroi abdominale au niveau de l'extrémité antérieure de la dixième côte droite. Certains auteurs le placent dans l'angle formé par le bord externe du muscle droit abdominal et le rebord costal. Ce rapport peut d'ailleurs se modifier légèrement. Dans la station verticale le fond déborde les fausses côtes sous lesquelles il se cache dans le décubitus dorsal. Chez l'enfant l'abaissement et le volume du foie repoussent en bas et en dedans la vésicule biliaire. Si le foie s'atrophie ou s'élève le cholécyste reste un peu plus en dehors ; s'il s'hypertrophie ou s'abaisse, la vésicule biliaire se porte au contraire en dedans.

Le corps est en rapport en haut avec le foie, dont le séparent du tissu conjonctif lâche et des vaisseaux, et en bas, tapissé par le péritoine, il répond à la partie supérieure de la deuxième portion du duodénum. Ce rapport n'est pas constant ; on a trouvé la vésicule en contact avec le rein droit, ou avec la portion pylorique de l'estomac.

Enfin le col de la vésicule se continue avec le canal cystique. C'est la partie la plus resserrée et la plus fixe du réservoir biliaire.

Le canal cystique étroit, flexueux, présente à son union avec le col de la vésicule un bassinet renflé, et au même niveau est en rapport avec un ganglion qu'il

faut mentionner à cause des erreurs de diagnostic auxquelles il a pu donner lieu. Il a été pris pour un calcul.

Ce conduit long de trois à quatre centimètres, large de trois à quatre millimètres parcourt le petit épiploon, en avant et à droite de la veine porte, accompagné de l'artère cystique et aborde plus ou moins perpendiculairement le canal cholédoque.

Normalement libre et mobile, la vésicule biliaire peut grâce à son revêtement partiel par le péritoine contracter des adhérences avec les organes voisins, ou avec la paroi abdominale.

Il n'est question ici que des rapports de la vésicule de volume normal ; les rapports de la vésicule distendue sont essentiellement variables avec le degré de la dilatation.

Les parois de la vésicule biliaire et du canal cystique sont formées de deux couches, une couche fibro-musculaire et une couche muqueuse renfermant des glandes nombreuses.

L'aspect interne de la vésicule est réticulé, on peut même dans certains cas pathologiques y constater des formations rappelant les colonnes de certaines vessies, et de véritables fossettes où sont enchâssés des calculs.

Le canal cystique présente des valvules plus ou moins nombreuses ou complètes dont la disposition est loin d'être constante.

La sécrétion biliaire est continue, mais chez l'homme et les animaux porteurs d'une vésicule l'écoulement est intermittent.

Le liquide biliaire s'amasse peu à peu dans la vésicule sans qu'il y ait pour cela besoin de la moindre gêne à son écoulement du côté du canal cholédoque. On peut facilement se rendre compte de ce phénomène sinon l'expliquer : il suffit pour cela de pousser une injection d'eau dans le canal hépatique ; malgré l'intégrité du cholédoque, le liquide reflue vers la vésicule.

Au moment des repas le contact du chyme sur la muqueuse intestinale au niveau de l'ampoule de Vater, détermine des contractions de la vésicule biliaire, et l'écoulement plus rapide du liquide. Pour certains auteurs il y aurait même un jet de bile, dont le rôle mécanique ne serait pas à dédaigner (L. Tait).

Le mucus secrété par la vésicule a pour rôle de modifier la consistance de la bile.

Mais rappelons en terminant ce chapitre que l'absence de la vésicule, ses anomalies, son atrophie sénile ou pathologique n'ont été en général révélées par aucun trouble physiologique pendant la vie et n'ont été que des découvertes d'autopsie, ce qui tend à prouver le peu d'importance de cet organe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La vésicule biliaire hydropique se présente en général sous la forme d'une poche plus ou moins volumineuse de coloration blanchâtre.

Quelquefois la tumeur a encore la coloration caractéristique de la vésicule biliaire normale mais cela ne se rencontre que dans l'hydropisie au début.

Le volume de la tumeur échappe à toute évaluation même approximative. On le compare le plus souvent à celui du poing, ou à celui d'une tête de fœtus. Dans les observations que nous avons réunies on trouvera les termes de comparaison les plus variés : œuf de poule, œuf d'oie, noix de coco, tête d'adulte, toutes expressions ayant l'avantage de donner une idée assez nette de la chose.

Dans d'autres cas la collection est tellement volumineuse qu'on la compare à un kyste de l'ovaire à une ascite, et on en retire plus de dix litres de liquide (Bucquoy) plus de vingt litres (Terrier).

La forme de la tumeur, en général pyriforme, peut être un peu plus sphérique ou un peu plus allongée, mais présente toujours une extrémité fixe plus ou moins effilée, répondant au col de la vésicule, et une base répondant au fond de la vésicule distendue.

La surface le plus souvent lisse et unie présente

parfois des bosselures plus ou moins marquées causées par la dilatation irrégulière des parois ; dans un cas de Barth et Marfan la tumeur était sillonnée de vaisseaux dilatés.

Les parois du sac sont épaissies ou amincies. En général les auteurs disent épaissies et Sébastian cite d'après Franck un cas où la paroi atteignait un doigt d'épaisseur. C'est surtout aux dépens des éléments fibreux que se fait cette hypertrophie des parois. Les fibres musculaires sont disséminées, quelquefois ont entièrement disparu ; la muqueuse est en général pâle, décolorée, comme lavée ; on l'a cependant trouvée très peu altérée et continuant à sécréter.

Les parois sont dans d'autres cas minces, ce qui semble la règle dans les cas de dilatation très rapide ou considérable. Tous les éléments des parois sont étalés, disséminés, atrophies, et la muqueuse semble réduite à un simple épithélium de revêtement.

Au lieu de cette hypertrophie ou de cette atrophie des éléments normaux, il peut se passer des phénomènes plus compliqués ; on a observé des cas d'incrustations calcaires (1) ou de formations cartilagineuses dans les parois de la tumeur.

Enfin les parois peuvent être très vasculaires et saigner à l'incision (2).

(1) V. Terrillon. Cb. XLIX et LI.

(2) V. Terrier. Ob. XLVI et Terrillon obs. XLIX.

L'obstacle lui-même est loin de présenter des caractères anatomiques constants : il peut siéger au niveau de la vésicule, de son col, ou d'une portion quelconque du canal cystique. Citons pour mémoire les faits rares où l'on trouve une tumeur, polype muqueux ou cancer, obstruant le col de la vésicule ou le canal cystique. Dans d'autres cas exceptionnels le canal cystique est transformé en un cordon fibreux sur une plus ou moins grande partie de son trajet, transformation consécutive sans doute à une angiocholite adhésive dont la cause échappe.

Keen dans deux observations (1) attribue à une sorte de valvule la formation de la tumeur.

En règle générale on peu dire que l'hydropisie de la vésicule étant un accident de la lithiase biliaire, l'examen de la pièce ou des voies biliaires révélera constamment l'existence de cholélithes soit que le ou les calculs obstruent le canal cystique par leur volume même, ou par l'irritation des parois appliquées, comme contractées sur des concrétions plus petites (2), soit que calcul délogé ait déterminé une angiocholite locale suivie d'un rétrécissement de plus en plus serré, ou même d'un véritable cloisonnement de la vésicule ou du canal (3).

On trouvera dans les observations réunies plus loin

(1) V. Keen, obs. XXXI et LVIII.

(2) V. Courvoisier, obs. LXII.

(3) V. Savage obs. XXXVII.

des exemples de ces diverses dispositions anatomiques qu'il serait peu intéressant d'énumérer ici.

Le liquide contenu dans la poche est en général incolore ou citrin, quelquefois jaunâtre ou verdâtre. Sa consistance parfaitement liquide, ou un peu filante, ou même gélatiniforme l'a fait comparer à de l'eau, à de la glycérine, à du blanc d'œuf. Dans certains cas il ne traverse pas le trocart et ne peut être évacué que par une incision. Le plus souvent homogène, il peut présenter des flocons de mucus, de pus, ou plus justement de mucopus. On y a trouvé de l'albumine. Cependant dans certaines observations où l'on avait obtenu un coagulum avec l'acide nitrique à froid on ne trouvait rien de semblable avec l'acide acétique à chaud.

Frerichs n'y trouve ni acide ni pigments biliaires, ni albumine. Robin y découvre de la mucosine. Conheim (Pathologie générale II, 49) en fait une solution aqueuse d'albumine contenant des sels, de la graisse, du mucus et de la cholestérine.

Enfin on y a trouvé très fréquemment des calculs, et quelquefois des débris cancéreux, des globules sanguins, de la fibrine, etc., etc.

Comment s'est formé ce liquide ?

L'hydropisie de la vésicule biliaire résulte d'une occlusion complète et permanente du canal cystique.

Cette occlusion dont nous verrons les causes dans un chapitre suivant pourrait dans certains cas rares jouer

le rôle de soupape et un peu de bile peut entrer de temps en temps dans la vésicule, mais ne peut en sortir.

En règle générale l'occlusion est complète, permanente et fixe, et la bile ne peut plus pénétrer dans la vésicule.

Pour Frerichs la bile se résorbe peu à peu, et est remplacée par la sécrétion muqueuse des parois. Cependant lui-même dans son observation VII dit que le liquide d'une hydropisie était une humeur aqueuse.

Pour Nuvoli il y aurait autre chose. La bile se résorbe, mais en même temps qu'il y a sécrétion muqueuse des parois, il y a échange entre le sang et le liquide de la cavité. La bile abandonne ses éléments constitutifs, et le sang, de l'eau et de l'albumine. En quelques semaines les pigments biliaires auraient disparu, et il n'y aurait plus qu'un peu de graisse et de cholestérine qui disparaîtraient elles-mêmes au bout de quelques mois. Il ne resterait plus alors dans la vésicule qu'un liquide séreux, plus ou moins riche en albumine et en mucus dont nous avons indiqué l'origine.

Roth admet à la fois l'origine muqueuse et l'origine hématique du liquide de la poche, et fait remarquer avec quelle rapidité extraordinaire peut se faire une distension même considérable de la poche sans l'apport d'une goutte de bile.

On comprend ainsi comment les auteurs peuvent

trouverou non de l'albumine, des éléments de la bile, ou du mucus pur.

Si la tumeur est d'origine récente ou que l'occlusion permette à la bile d'entrer, le liquide plus ou moins coloré renferme les pigments, les sels et les acides de la bile.

Si le travail d'échange entre le sang et la bile a été très actif on trouvera des proportions notables d'albumine.

Si enfin un ou des calculs étaient dans la poche une cause continuelle d'irritation le contenu pourra être du mucus à peu près pur.

Dans certains cas l'hydropisie de la vésicule biliaire existait sans qu'il y eût aucune obstacle apparent au niveau du canal cystique tandis que le cholédoque était obstrué (1).

Il ne s'agit pas à proprement parler ici d'hydropisie de la vésicule mais de rétention biliaire, bien que dans certains faits de ce genre l'analyse du liquide n'ait fait découvrir aucun élément constitutif de la bile.

On peut rapprocher de ceci l'observation citée par Barth et Besnier : chez un enfant mort à la suite d'une imperforation du canal cholédoque les voies biliaires intra et extra hépatiques étaient pleines de bile, le canal cholédoque au contraire ne renfermait qu'un liquide muqueux incolore.

(1) V. Musser et Keen. Obs. XXXIII et Blattmann. Obs. LXXXVII.

Dans sa thèse Létienne dit que la bile peut être assez claire pour ressembler à du mucus et que seule l'analyse chimique peut les distinguer.

Au contraire malgré une occlusion absolue du canal cystique la bile peut se transformer très peu ou pas du tout. Durand Fardel trouve sur un cadavre le canal cystique transformé en un cordon fibreux, et cependant la vésicule dont les parois sont normales ne renferme que de la bile noirâtre. — Nous citons plus loin une observation où l'analyse ne révèle l'existence d'aucun élément biliaire dans un liquide très foncé.

Mais prenons comme type de notre description un liquide clair, enfermé dans une vésicule distendue, blanche, à parois fibreuses et épaisses, complètement séparée du tube digestif par l'occlusion du canal cystique : ce liquide dont la limpidité et la transparence sont parfaites est-il stérile ?

C'est-à-dire le liquide de la vésicule biliaire hydro-pique abandonnée à elle-même peut-il devenir purulent, sans traumatisme, sans ouverture au niveau du tube intestinal ou à la peau ?

On a cru longtemps que la bile était aseptique, antiseptique même, et on citait à l'appui des observations de rupture de la vésicule dans le péritoine sans péritonite.

Netter (*Progrès médical* 1886 p. 99) dit qu'il n'existe pas de microbes dans la vésicule normale, mais

qu'ils y apparaissent si on lie le cholédoque. Gilbert Girode et bien d'autres ont depuis agité la question.

Létienne dans sa thèse de 1891 après avoir examiné la bile au microscope, et pratiqué desensemencements arrive à cette conviction que le liquide de la vésicule biliaire, même séparé du canal digestif par une occlusion complète du canal cystique pouvait renfermer des microbes et dans les « *Archives générales de médecine* » de la même année page 737 il cite un cas où l'oblitération du col est complète, la bile remplacée par du mucus, et où se trouvent quatre espèces microbiennes, colibacille et deux staphylocoques entre autres.

Le 19 novembre 1892 dans la « *Médecine moderne* » le même auteur insiste encore sur ce point : dans tous les liquides biliaires qu'il a examinés, qu'il y eût du pus ou non, il a trouvé des micro-organismes et le plus fréquemment le staphylococcus pyogenus aureus et le colibacille.

Naunyn au contraire prend de la bile sur deux chiens vivants et ne trouve aucun microbe. La bile prise sur deux cadavres de phtisiques donne encore un résultat négatif. Dans la vésicule biliaire d'un malade mort de myélite et de septicémie il trouve un seul coccus plus gros que le staphylocoque.

Il prélève encore de la bile sur trois sujets vivants : dans un cas de lithiasie récente le résultat est négatif, de même dans un cas d'hydropisie consécutive à une

lithiasse ancienne, et coïncidant avec l'existence d'un carcinôme, il ne trouve aucun microbe, et enfin dans un second cas d'hydropisie il trouve un bacille analogue au colibacille, ou au diplobacillus pneumoniae de Friedländer qui pour lui est le parasite décrit par Gilbert et Girode.

L'existence constante de microbes dans la vésicule hydropique n'est donc pas admise par tous les auteurs.

Quant aux voies de pénétration de ces microorganismes ce sont les canaux cholédoque et cystique, ou les canaux hépatique et cystique avant l'obstruction complète, qu'ils proviennent de l'intestin ou du foie.

L'infection de la tumeur est encore possible par la voie sanguine ou lymphatique : les agents pyogènes traverseraient les parois du sac, et malgré l'occlusion parfaite du canal cystique pourraient déterminer la transformation de l'hydropisie de la vésicule en empyème.

La pénétration de ces microbes dans la vésicule ne s'accompagne pas forcément de suppuration, et leur présence peut ne se révéler pendant la vie par aucun symptôme. C'est à l'autopsie ou en examinant une pièce à la suite d'une intervention qu'on les découvrira. Mais sous l'influence d'une cause quelconque, quelquefois impossible à déterminer, pouvant dépendre du malade : fatigues, excès ; de la tumeur : traumatisme, irritation par un calcul ; de quelque maladie infectieuse intercurrente, d'une ponction mal faite, tous les signes de l'in-

fection et de la suppuration de la poche peuvent éclater.

Cette transformation purulente du contenu de la vésicule biliaire hydropique ne serait même pas une complication pour certains auteurs, mais l'hydropisie ne serait que le premier degré de l'empyème.

ETIOLOGIE

L'hydropisie de la vésicule biliaire résulte de l'occlusion complète et définitive du canal cystique. Rappelons ici que l'on a trouvé des vésicules hydropiques ou en tout cas ayant tous les caractères d'une vésicule hydropique malgré la perméabilité quelquefois complète du canal cystique, coïncidant avec une oblitération du canal cholédoque.

Mais ce ne sont pas ces tumeurs biliaires dont nous nous occupons dans ce travail, et nous avons vu dans un chapitre précédent que la formation même du liquide hydropique indiquait une occlusion complète et permanente du canal cystique, permettant la résorption des éléments de la bile et leur remplacement par des liquides muqueux et séreux provenant du sang des vaisseaux voisins ou des glandes de la paroi.

L'hydropisie de la vésicule biliaire est un accident de la lithiasie biliaire dans la plupart des cas. Dans les observations que nous citons plus loin nous trouvons la proportion suivante :

Occlusion par calculs.	70
Occlusion par calcul et cancer.	3
Occlusion par cicatrice du canal cystique.	3
Occlusion par hydatides.	1
Occlusion par abcès	1
Occlusion de cause non spécifiée ou inconnue.	10

Dans ces quatre-vingt-huit observations l'obstacle

siégeait entre la vésicule et le canal cholédoque, et six fois seulement le cholédoque était oblitéré, en même temps que le canal cystique ; une fois enfin c'était la tumeur elle-même ou le calcul causal qui comprimait le cholédoque, et la vésicule hydropique était devenue la cause de la rétention biliaire (1).

Comme la lithiase biliaire, l'hydropisie de la vésicule est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et chez l'adulte que chez l'enfant. Presque toutes les observations que nous citons plus loin concernent des femmes de 20 à 60 ans.

La forme, le volume, le nombre des calculs fermant le canal cystique ont été décrits à propos d'un très grand nombre d'opérations ou d'autopsies. Nous ne pouvons noter ici que les circonstances qui favorisent cet arrêt, et leurs sièges de prédilection.

La vésicule, isolée des voies biliaires, auxquelles la rattache un canal étroit, sinueux, dont le calibre est encore diminué par des replis et des valvules plus ou moins complètes, est dans la presque totalité des cas le lieu où se forment les calculs biliaires.

On comprend facilement comment un calcul peut soit au niveau du col de la vésicule dans le bassinnet, soit en pénétrant dans le canal cystique s'arrêter et déterminer une occlusion parfaite par son volume ou par suite de l'irritation et de la contraction des pa-

(1) V. Courvoisier, obs. LXII.

rois dont il peut être l'origine même s'il est très petit (1).

On a admis que le calcul pouvait se former dans le canal cystique lui-même.

Enfin un calcul formé dans les canaux ou canalicules hépatiques peut être l'origine d'une tumeur hydropique de la vésicule en venant se fixer dans le canal cystique, où il est poussé par la bile refluant facilement dans ce conduit, et cela même si le cholédoque est absolument perméable.

Dans un certain nombre d'observations on ne constate qu'une sténose du canal cystique et pas trace de calcul.

Ici encore la lithiase biliaire est en cause.

Le calcul a pu être délogé et expulsé par les efforts de la vésicule ou la pression du liquide amassé dans la tumeur.

Son contact a plus ou moins irrité les parois, a même pu les ulcérer légèrement, et il s'est produit une angiocholite adhésive qui a fermé le passage.

Allons plus loin : pourquoi la même cause qui détermine dans la vésicule de la cholécystite, et la formation de calculs, ne produirait-elle pas une angiocholite au niveau du canal cystique, c'est-à-dire que ce qui est ici en jeu ce n'est pas la lithiase, mais la cause de la lithiase, l'altération de la bile ou des parois des voies biliaires par un agent pathogène, microbe sans

(1) V. Courvoisier, obs. LXII.

doute, déterminant avant la formation du calcul une irritation et une inflammation des parois dont l'origine échappe à l'examen superficiel, et dont le résultat est la sténose du canal, et Roth ne cite-t-il pas d'après Erdmann un cas où on ne trouva pas d'autre lésion qu'un catarrhe de la muqueuse du canal cystique.

Les autres causes d'occlusion du canal cystique sont rares.

Dans le cas d'occlusion par cancer on peut avoir à faire à une tumeur petite, développée dans le canal cystique, Stokes cite un cas de tumeur fongueuse, Murchison un cas d'épithélioma. Ou bien il s'agit d'une tumeur du voisinage, de la face inférieure du foie, des ganglions du hile, du petit épiploon. Mais dans la moitié des cas où il y avait occlusion par cancer il y avait des calculs libres dans la vésicule ou engagés dans les voies biliaires. On sait d'ailleurs combien fréquente est la coïncidence des deux affections calculeuse et cancéreuse du foie.

D'autres tumeurs peuvent amener l'hydropisie de la vésicule par compression du canal cystique. Nous citons plus loin un cas par kyste hydatique (1), un cas par abcès (2). Stokes rapporte un fait qui semble bien être une hydropisie de la vésicule : un anévrysme de l'artère hépatique comprimait le canal cystique.

(1) V. Obs. Terrillon L.

(2) V. Obs. Lindner, X.

En général dans les cas de tumeur il y a compression du cholédoque et par conséquent des phénomènes de rétention biliaire, bien que la vésicule puisse ne pas contenir autre chose qu'un liquide séreux ou muqueux, incolore, ayant tous les caractères du liquide hydropique. Nous avons déjà noté cette forme de tumeur liquide de la vésicule biliaire pour la distinguer de l'hydropisie.

Nous citons ici pour mémoire d'autres causes possibles d'occlusion du canal cystique, mais sans en avoir trouvé d'observations : polypes muqueux, ascaris lombricoïde (Kirkland), périhépatite ou péritonite circonscrite avec périangiocholite et brides ou adhérences cicatricielles, grossesse, kystes de l'ovaire, caillots sanguins ou bouchons de mucus.

Enfin Jacob, cité par Roth, rapporte un cas d'hydropisie de la vésicule à la suite d'un coup. Y a-t-il eu déplacement d'un calcul ignoré ou angiocholite catarrhale aiguë? L'auteur ne donne aucun détail.

SYMPTOMES

L'hydropisie de la vésicule biliaire n'est qu'un des nombreux accidents qui peuvent résulter de toutes les causes d'obstruction des voies biliaires.

Nous aurons donc affaire à deux ordres de symptômes : les uns dépendant de l'affection causale, les autres de la tumeur elle-même.

La fièvre quand elle existe, ce qui est rare, tient à une angiocholite, à un abcès du foie (Lindner), est peut-être d'origine réflexe comme dans le cas de Voigt, où le malade semblait atteint de péritonite sur-aiguë : on n'en trouva d'autre raison qu'une hydropisie de la vésicule.

L'état général peut être mauvais, si l'on a affaire à une tumeur maligne, ou à une vieille lithiase.

L'anorexie, les vomissements allant jusqu'à l'hématémèse, la constipation souvent opiniâtre, et à la suite un état saburral quelquefois très prononcé, l'amaigrissement, la faiblesse croissante du sujet lui enlevant peu à peu tout moyen d'action, la pâleur des téguments, parfois un véritable état de cachexie, voilà autant de signes que nous relevons dans nos observations, pouvant attirer l'attention du côté du tube digestif, mais ne constituant pas des symptômes de l'hydropisie de la vésicule.

L'ictère n'est pas la règle. Qu'il existe au moment de l'examen, ou qu'on le retrouve dans les antécé-

dents, il attirera évidemment l'attention du côté du foie. Théoriquement on serait tenté d'écarter l'hypothèse d'hydropisie de la vésicule justement parce que l'ictère est 1 signe caractéristique de l'oblitération du cholédoque et non du canal cystique, mais on verra plus loin que dans presque un quart des observations l'auteur note, soit actuellement, soit dans les antécédents personnels du malade une jaunisse plus ou moins intense, sans que l'opération ou l'autopsie révèle la cause de la rétention biliaire due peut être à un peu de cholédocite.

Rappelons que dans une observation citée plus loin c'était la tumeur hydropique elle-même, ou le gros calcul qui en était la cause qui comprimaient les voies biliaires (1).

Il faut d'ailleurs dans les cas d'ictère très léger ou de subictère examiner soigneusement le malade, pour éviter de prendre pour de la jaunisse une coloration naturellement exagérée de la peau.

La présence possible de l'ictère dans les cas d'hydropisie de la vésicule nous explique comment on a pu trouver toutes les variétés de nuances et de composition des urines. Mais un examen rapide est insuffisant et nous trouverons plus loin un cas où l'analyse des urines très foncées montra qu'elles ne renfermaient

(1) V. Courvoisier. Obs. LXII.

pas trace des pigments biliaires qui semblaient y abonder.

Ce que nous venons de voir à propos de l'ictère et de la coloration des urines nous dispense d'insister sur les fèces qui, en général foncées, peuvent être pâles et argileuses dans un certain nombre de cas, et même renfermer des calculs. L'ictère, la coloration des urines et la pâleur des fèces peuvent encore survenir à titre passager sans doute sous l'influence d'un spasme des voies biliaires; cela peut s'observer dans tous les cas de coliques hépatique ou d'angiocholite et en dehors de toute occlusion permanente des voies biliaires.

Les hématomés, les épistaxis, les mélœnas sont des accidents rares dans l'hydropisie de la vésicule et comme l'urticaire et l'œdème des membres inférieurs sont des signes communs à trop d'affections hépatiques pour faciliter le diagnostic.

Il est, par contre, un signe à peu près constant dans l'hydropisie de la vésicule biliaire, c'est la douleur.

En interrogeant le malade on retrouve presque toujours des crises antérieures de coliques hépatiques.

Certains auteurs ont même posé en règle générale que les coliques hépatiques les plus intenses étaient causées par l'arrêt d'un calcul au niveau du canal cystique, ce qui expliquerait l'absence fréquente de l'ictère au cours des crises les plus longues et les plus douloureuses.

Simple sensation de pesanteur au niveau du foie,

disparaissant et revenant sans que le malade en soit autrement tourmenté, ou bien douleur paroxystique, syncopale, pouvant tuer le malade sans que l'autopsie révèle aucune lésion mortelle, la colique hépatique se présente en général avec une marche et des symptômes si spéciaux que le diagnostic en est facile.

Mais la douleur peut revêtir un caractère de continuité bien différent, et semble bien alors dépendre à la fois de la présence de la tumeur et de la persistance de l'obstacle.

Le malade se plaint d'une gêne, de tiraillements au niveau du foie, ou, très souvent, de l'estomac, de crampes pénibles, d'un point sensible localisé très nettement par lui en général dans l'hypochondre droit. Les efforts, la toux, les vomissements, la marche causent une vraie souffrance.

La douleur peut même être intolérable, s'irradier dans l'abdomen, les reins, le dos, les épaules, quelques fois se généraliser tellement que le malade ne peut plus dire où il souffre.

Les mouvements, les efforts qu'il craignait d'abord, lui sont devenus impossibles, il ne mange plus de peur de vomir, ne veut plus aller à la selle à cause de l'effort à faire; il gît dans son lit, inerte, criant dès qu'on le touche, se refusant à tout examen.

Si caractéristiques que soient ces douleurs elles ne peuvent cependant pas emporter la conviction, et

ne peuvent que faciliter l'établissement du diagnostic après l'examen de la tumeur.

On comprend combien la palpation et la percussion de la région sont difficiles dans certains cas, et combien il faut se méfier des résultats qu'elles donnent.

Dans les observations que nous citons plus loin on a opéré souvent sans avoir posé le diagnostic, dans deux cas la tumeur ayant échappé à tout examen, dans deux cas on n'a pu en apprécier les caractères, dans un cas enfin l'auteur ne parle que d'une tuméfaction de la région.

En général le flanc droit ou plus justement l'hypochondre droit du malade semble saillant, bombé, et la palpation révèle à ce niveau et un peu en dedans, vers la ligne blanche, l'existence d'une tumeur.

La percussion et la palpation du foie le montrent souvent augmenté de volume, ou bien un peu basculé en avant.

La tumeur est sensible et même douloureuse à la pression jusqu'à causer des vomissements et des syncopes ; rarement elle est parfaitement indolente et le malade se présente parce qu'il la voit grossir ou bien l'a découverte par hasard.

Elle est le plus souvent libre, mobile, en général de droite à gauche, quelquefois verticalement, et parfois si libre et si mobile que l'on peut en quelque sorte l'entourer avec les doigts et, si l'état des parois abdominales le permet, sentir au niveau de la partie

supérieure et effilée une sorte de cordon ou de pédicule la rattachant à la face inférieure du foie.

La partie supérieure renflée est aussi la plus mobile. Cependant en dehors de tout signe d'inflammation on a trouvé la tumeur adhérente à la paroi ou aux organes voisins.

Sa consistance est rénitente, dure, élastique, plutôt que fluctuante dans la plupart des observations.

La surface semble lisse, rarement bosselée.

La tumeur suit les mouvements respiratoires mais ce signe n'est pas constant

La percussion donne un son mat, plus ou moins absolu, et cette matité est continue avec celle du foie. Cependant, dans un cas resté classique, Lawson Tait crut à une tumeur indépendante de la glande hépatique à cause de la présence entre la vésicule distendue et la face inférieure du viscère d'une anse intestinale sonore à la percussion.

Le volume de la vésicule hydropique a été comparé à celui de la vésicule normale, d'un œuf d'oie, d'une noix de coco; on a même pris la vésicule distendue pour une ascite; mais les termes de comparaison de beaucoup les plus fréquents sont le poing d'un adulte ou une tête de fœtus ou d'enfant.

Ces appréciations faites avant l'ouverture du ventre sont bien souvent démenties par l'examen direct; tout dépend beaucoup du degré de mobilité que présentait la tumeur offrant une très petite partie de sa surface à

l'examen, ou au contraire se laissant pour ainsi dire prendre dans la main.

Cette tumeur peut encore causer des troubles plus ou moins sérieux par son volume en comprimant (1) ou déplaçant des organes voisins, ou même si elle est petite et très douloureuse déterminer des crises de dyspnée et des syncopes sans doute d'origine réflexe.

Mais cela est encore un ensemble de signe insuffisant et peut s'observer dans presque tous les cas de tumeur de l'abdomen.

La ponction de la tumeur donne des résultats nuls ou incomplets, et est rejetée par un très grand nombre d'auteurs.

Reste la laparotomie exploratrice qui seule permet d'affirmer l'existence de l'hydropisie de la vésicule biliaire.

(1). Lava. Compression du colon par une V. B. hydropique. Gaz. med. Torino. 1892.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

Ce que nous savons de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de l'hydropisie de la vésicule biliaire, l'augmentation incessante du liquide provenant des glandes des parois ou des vaisseaux sanguins, l'oblitération de plus en plus parfaite et solide du canal cystique par les progrès de la sténose cicatricielle ou de la striction des parois autour de l'obstacle, font prévoir que la marche de cette affection est essentiellement progressive.

La tumeur peut cependant se guérir spontanément par évacuation du liquide (1) soit par déplacement de l'obstacle, soit par ouverture de la poche au niveau de l'intestin ou de la paroi abdominale. Mais ce n'est qu'une guérison apparente et incomplète et une récurrence est toujours à craindre, à moins qu'à la suite de cette évacuation la poche soit frappée d'atrophie et se transforme peu à peu en un cordon fibreux.

La guérison est alors définitive, avec ou sans fistule.

La durée de cette affection est bien difficile à évaluer, trop de circonstances diverses favorisent ou retardent l'établissement de l'obstacle et la formation de la collection.

Le plus souvent à la suite d'une colique hépatique

(1) V. Terrillon obs. XL IX.

le malade sent qu'il persiste un sentiment de pesanteur ou même une douleur au niveau de l'hypocondre droit. Dès le quinzième jour, si l'état des parois abdominales le permet, on peut sentir une tumeur grosse comme un œuf qui, abandonnée à elle-même, vers le cinquième ou sixième mois de son évolution atteint et dépasse l'ombilic (Nuvoli) et se développant toujours atteindra des dimensions telles qu'elle remplisse toute la cavité abdominale.

Cette évolution peut présenter des variations considérables dans sa durée, et être interrompue par des accidents plus ou moins redoutables.

La douleur, avons-nous vu, ou le volume de la tumeur, peuvent déterminer des accidents tels que le malade succombe à la suite de crises de dyspnée ou d'une syncope.

La vésicule peut s'enflammer et suppurer quelquefois sans cause appréciable, ce qui a permis de dire que l'hydropisie n'était que le premier degré de l'empyème. On a alors affaire à une cholécystite suppurée avec phénomènes généraux graves et toutes ses complications possibles: péritonite suraiguë, embolies septiques, thrombus de la veine porte, pyléphlébite, abcès du foie, pyohémie, endocardite.

Un cancer oblitérant les voies biliaires peut donner lieu à des accidents analogues, par formation d'une embolie cancéreuse.

La poche peut se rompre et Nuvoli cite d'après

Tassi l'observation d'une dame adressée par Nélaton au célèbre praticien Italien.

Cette malade, à la suite de fréquentes coliques hépatiques, portait une tumeur dans l'hypocondre droit et après l'insuccès des moyens thérapeutiques médicaux Tassi propose une opération que la malade refuse.

Au bal, en dansant, la malade est prise tout à coup, et coup sur coup de douleurs violentes dans le ventre, et trente-deux heures après meurt d'une péritonite suraiguë.

A l'autopsie on trouve dans le péritoine le liquide de la vésicule, et deux gros calculs. Un troisième obstruait le canal cystique, Chwostek, Murchison, Bretonneau, Langenbuch cités par Roth rapportent des cas de mort subite.

En dehors de cette terminaison dramatique, l'hydropisie du cholécyste expose le malade à des accidents sérieux.

La présence même de la tumeur que peut palper le malade, l'impotence à laquelle le condamnent les douleurs quelquefois intolérables, les troubles digestifs progressifs, déterminent une dépression physique et morale extrême, un état hypochondriaque tel que son affection devient l'unique préoccupation de son existence et pouvant aller jusqu'aux idées de suicide.

En dehors de la transformation purulente les cas de perforation ou de rupture brusque de la poche avec

phénomènes généraux graves sont rares, mais il peut y avoir ouverture lente et formation de fistule; complication sérieuse, à cause de l'incommodité de la fistule elle-même, de la perte des liquides et des dangers d'infection de cette fistule, plus ou moins soignée et surveillée ou à proximité du tube intestinal source inépuisable de germes pathogènes.

Ces fistules par où peuvent s'échapper des calculs plus ou moins abondants ou volumineux sont en général précédées de péricholécystite et de péritonite circonscrite à la suite desquelles se forment des adhérences.

Elles s'ouvrent à la peau, et c'est le cas le plus fréquent ; dans le duodenum. souvent sans accident permettant de le supposer ; dans l'intestin grêle, le colon, l'estomac ; dans la veine porte, l'orifice est alors très difficile à découvrir, la mort survenant avant l'organisation du trajet ; dans les voies aériennes (Mossé), le rectum, les organes génito-urinaires (Fouché.)

Toutes ces complications aggravent singulièrement le pronostic de l'hydropisie de la vésicule biliaire.

Si la tumeur sous l'influence d'un traitement médical qui ne doit pas être prolongé ne diminue pas, ou si après une ou plusieurs évacuations spontanées elle se reforme, il faut intervenir, et pour ce faire utilement ne pas attendre que l'état général mauvais ou quelque accident ne permette qu'une opération d'urgence, mais opérer de bonne heure et de propos délibéré.

DIAGNOSTIC

La présence, chez un malade ayant souffert de coliques hépatiques, d'une tumeur arrondie lisse, tendue, sensible ou douloureuse à la pression nettement continue avec le foie dont ne la sépare aucune zone de sonorité, et auquel la relie parfois un pédicule que l'on peut tenir entre deux doigts, tumeur occupant la place de la vésicule biliaire, sans qu'il y ait actuellement de phénomènes de cholestémie, ictère, pâleur des fèces, coloration des urines, fera penser tout de suite à l'hydropisie de la vésicule.

Mais une simple constatation montrera quelle est la difficulté de ce diagnostic: sur une centaine d'observations que nous avons lues pour cette thèse, l'auteur suppose ou affirme l'existence d'une tumeur hydropique du cholécyste treize fois seulement, c'est-à-dire une fois sur huit environ.

En général la tumeur semble bien nettement se rattacher au foie dont elle suit les mouvements respiratoires et dont ne la sépare aucune zone sonore.

La vésicule dilatée par rétention biliaire peut présenter les mêmes caractères que la vésicule hydropique à l'examen direct.

La présence d'un ictère plus ou moins intense, permanent, avec tout un cortège d'accidents dû à la rétention biliaire et à l'absence fréquente de coliques

hépatiques antérieures sont des signes probables d'obstruction du cholédoque.

Mais nous verrons des cas où la vésicule hydropique s'accompagne d'ictère soit qu'il y ait rétention au niveau du foie par excès de pression de la bile dans le cholédoque, soit qu'il y ait compression des voies biliaires par la vésicule hydropique ou le calcul obstruant la cystique, soit enfin qu'il y ait à la fois hydropisie de la vésicule et oblitération du canal cholédoque.

Les coliques hépatiques peuvent manquer dans certains cas d'hydropisie où l'obstacle s'est formé peu à peu sans réaction douloureuse, et au contraire être très vives dans l'obstruction du cholédoque bien qu'en général l'obstacle à ce niveau soit un cancer et non un calcul dans les cas de dilatation de la vésicule.

Si l'on trouve au lieu de la vésicule biliaire une tumeur arrondie, dure, mobile, et que l'interrogatoire du malade ne révèle pas d'accidents lithiasiques antérieurs, s'il existe des douleurs irradiées vers l'épaule droite, un dégoût marqué des aliments gras, ou une éruption d'urticaire, il est à peu près impossible de ne pas poser le diagnostic de kyste hydatique pédiculé de la face inférieure du foie ; et cependant il peut s'agir d'une vésicule hydropique à parois épaisses. Dans ce cas le diagnostic est impossible si on ne pratique pas la laparotomie.

Hochenegg (Wien. med. Wochsft. 1890. III 229) parle d'une malade souffrant de vomissements, de

constipation, de douleurs localisées, et présentant au dessous du rebord des fausses côtes près de la ligne médiane une tumeur ayant tous les caractères d'une vésicule dilatée, mobile, pouvant se déplacer de sept centimètres.

Le seul signe qui faisait penser à une tumeur solide était la sensation de bosselures de la surface. L'opération fit voir qu'il s'agissait d'un carcinôme pédiculé du bord du foie.

De même un cancer développé au niveau même de la vésicule pourrait faire croire à une dilatation de cet organe.

Dans les cas de cancer l'état général devient vite mauvais, le foie augmente de volume, l'ictère apparaît bientôt, la généralisation de la tumeur est souvent très rapide.

Les signes physiques sont différents : la tumeur donne une sensation de mollesse qui n'est pas de la fluctuation ou au contraire de dureté ligneuse différente de la rénitence.

S'il s'agit d'une vésicule hydropique l'accroissement de la tumeur est continu quelquefois très rapide, sa consistance parfaitement lisse.

Mais ce sont là des distinctions subtiles. La rapidité même de l'accroissement de la tumeur fit diagnostiquer à Andral une vésicule dilatée, alors qu'il s'agissait d'un cancer, et nous savons que les parois de la vésicule hydropique peuvent par suite d'incrustation

partielle sembler irrégulières et bosselées à la palpation.

Enfin il faut rappeler que les auteurs ont décrit une déformation assez fréquente du bord antérieur du lobe droit du foie, ou même la présence d'un véritable appendice linguiforme, qui à la palpation peut en imposer pour une tumeur de la vésicule.

Le diagnostic entre l'empyème et l'hydropisie de la vésicule est extrêmement facile si tous les signes d'un foyer purulent existent : fièvre, douleur et rougeur de la région, œdème de la peau ; mais si l'hydropisie, ce qui est probable, n'est que le premier degré de l'empyème, comment distinguer à travers les parois de l'abdomen une tumeur renfermant un mucus clair ou une sérosité transparente et limpide : hydropisie, et une tumeur dont le liquide louche, renferme des traînées de mucopus : empyème au début ?

Quelques auteurs ont cru à cause de la tension de la poche avoir à faire à une vésicule pleine de calculs. Ici comme pour l'empyème le diagnostic n'est possible que dans des cas extrêmes : entre la vésicule hydropique extrêmement distendue, nettement fluctuante ne renfermant aucune concrétion, et la vésicule étroitement appliquée sur une ou quelques pierres toutes les transitions existent.

Si la tumeur dont on constate l'existence dans l'abdomen ne semble pas rattachée au foie, le diagnostic devient pour ainsi dire impossible.

Le rein flottant et toutes les tumeurs du rein ont été confondus avec la vésicule biliaire hydropique.

Dans le cas classique de Lawson Tait l'erreur était due à la présence d'une anse intestinale entre le foie et la vésicule.

En règle générale la tumeur biliaire suit les mouvements du foie, échappe à la palpation lombaire et ne s'accompagne pas de troubles urinaires, au contraire de la tumeur rénale (1).

Des coliques hépatiques antérieures, des accidents ictériques feront penser à une vésicule hydropique, tandis que des coliques néphrétiques, des débâcles urinaires avec effacement de la tumeur, des hématuries, sont autant de probabilités d'une tumeur rénale liquide ou solide.

D'ailleurs la coïncidence est assez fréquente entre les accidents lithisiaques biliaires et rénaux qui reconnaissent sans doute la même origine.

Les cancers ou les kystes du pancréas, du mésentère, des épiploons ont été soupçonnés à cause de l'absence souvent absolue de tout trouble biliaire.

Dans les cas de distensions énormes on a pris la vésicule pour un kyste de l'ovaire.

Si la malade sait s'observer elle pourra dire si la tumeur s'est développée de haut en bas ou de bas en

(1) Mears (Trans. of the amer. surg. soc. 1889. VII, 217.) a ouvert une vésicule par la voie lombaire croyant avoir affaire à une tumeur du rein.

haut, et par le toucher on peut savoir si elle dépend ou non des organes génitaux.

On a même pris la vésicule biliaire pour une ascite ; la mobilité du liquide, la sonorité de la partie supérieure de l'abdomen, sont des signes d'ascite.

Enfin nous énumérons sans les discuter quelques diagnostics posés dans les observations que l'on trouvera plus loin :

Ovarite suppurée, tumeur du colon, îlot de péritonite chronique, péritonite aiguë.

Il n'y a donc aucun symptôme certain fourni par la percussion ou la palpation permettant de poser exclusivement à tout autre le diagnostic d'hydropisie de la vésicule.

Restent la ponction et la laparotomie.

La ponction est un moyen incomplet : elle donne peu de renseignements sur la tumeur, et est inutile si le liquide trop épais ne passe pas par le trocart, dangereuse même soit par blessure d'un viscère, soit par infection de la poche.

La laparotomie est donc le seul moyen certain de diagnostic de la tumeur biliaire.

Mais une fois la tumeur en main, avant de poser les indications opératoires, le chirurgien doit encore s'assurer qu'il s'agit bien d'une vésicule hydropique, et si possible de sa cause.

TRAITEMENT

Traitement médical

Le traitement médical de l'hydropisie de la vésicule biliaire n'existe pas.

Le régime, les cures de Vichy ou de Carlsbad, l'emploi de cholagogues ou de lithontriptiques s'adressent à la cause de l'occlusion, calcul ou angiocholite, c'est-à-dire à la lithiase elle-même, non à la tumeur.

Les révulsifs, les drastiques mercuriaux ont été proposés dans une observation de M. Rendu, mais l'auteur se réserve, s'il ne survenait pas d'amélioration d'envoyer sa malade à un chirurgien.

Piorry (Académie de médecine 1862), après J.-L. Petit, Richter, Cruveilhier et Harley (cité in Deutsch. med. Zeit. 1891-356), proposent la percussion, le massage de la tumeur, après lesquels on aurait trouvé dans les selles des calculs. Ce moyen ne peut être essayé qu'au début, et s'il n'y a aucun signe de lésion de la vésicule ou des canaux, c'est-à-dire avant la formation de l'hydropisie.

C'est donc encore un moyen préventif et non curatif.

Traitement Chirurgical

Nous ne referons pas ici l'historique de la chirurgie biliaire, nous rappellerons seulement le nom du chirurgien qui proposa ou pratiqua chaque intervention pour la première fois, qu'il s'agit ou non d'hydropisie, et la date de l'opération.

En 1743, J.-L. Petit propose la taille de la vésicule, mais seulement si la poche est adhérente à la peau.

En 1767, Bloch cherche à déterminer la formation d'adhérences par des applications irritantes et un régime échauffant.

En 1859, Thudichum propose la laparotomie exploratrice et, s'il y a lieu, la suture de la vésicule à la paroi et son ouverture.

En 1867, Bobbs fait l'opération sans diagnostic ferme.

En 1878, Sims pratique la cholécystotomie de propos délibéré, et lui donne son nom.

En 1882, Langenbuch propose et exécute la cholécystectomie, et la même année, Von Winiwarter pratique la première cholécystentérostomie.

Enfin, en 1883, Meredith, après avoir ouvert et nettoyé la vésicule, la referme, la réduit, et le premier fait ce qui a été appelé la cholécystotomie idéale.

Nous avons réuni dans cette thèse quelques observations où l'on n'a pas pratiqué d'opération propre-

ment dite, mais où cependant l'intervention a amené la guérison.

Nous ne discutons pas ces procédés qui n'ont plus de raison d'être en face de la laparotomie, à moins qu'il ne s'agisse d'un malade qui se refuse à toute intervention sanglante.

La ponction dont nous citons trois cas, est suivie deux fois de formation d'une fistule cholécysticocutannée donnant issue à du liquide séromuqueux ou biliaire.

Une fois la ponction a amené une débâcle cinq jours après.

Peut-être s'agissait-il d'un cas où la tumeur comprimait le canal cholédoque ; nous en reverrons plus loin un exemple.

Rappelons enfin que quelques auteurs auraient observé des guérisons d'hydropisie de la vésicule à la suite de ponctions répétées. Nous n'en avons pas trouvé d'observation et ne citons la chose que pour mémoire.

Ce que nous venons de dire de la ponction s'applique à l'ouverture de la vésicule hydropique par les caustiques potentiels.

Ce procédé serait préférable à la ponction, à cause de l'établissement d'adhérences empêchant l'irruption du liquide dans le péritoine. Dans les deux observations que nous citons, la fistule s'est fermée spontanément.

Enfin, Calhoun se contente de dilater une fistule séromuqueuse et d'extraire les calculs ; à la suite de

cette intervention la fistule se ferma. — La guérison fut complète.

Ce sont là des procédés infidèles, lents, ne donnant aucun renseignement sur la nature de la tumeur et la cause de l'occlusion et pouvant gêner pour une intervention ultérieure. — Or, nous avons vu en terminant le chapitre diagnostic, que dans plus de la moitié des cas la laparotomie avait été pratiquée justement parce que l'on ne savait pas à quelle tumeur l'on avait affaire, et que constamment la cause de l'occlusion était inconnue.

C'est justement de la réponse à ces deux questions : y a-t-il hydropisie ? quelle est la cause de cette hydropisie ? que dépendent les indications et contre-indications aux opérations que nous décrivons.

Nous nous servirons dorénavant des termes et de la classification employés par M. le P. Terrier dans son rapport au congrès de 1892.

La cholécystostomie consiste à ouvrir la vésicule et à la suturer, avant ou après cette ouverture, aux lèvres de la plaie abdominale en laissant subsister une fistule cysticocutanée. La cholécystostomie a été faite en deux temps : le premier temps consistant à suturer la vésicule à la paroi, et le deuxième temps à l'ouvrir, quelques jours après ; le plus souvent, la cholécystostomie est pratiquée en un temps, soit que l'on suture la vésicule intacte à la paroi abdominale, soit que l'on suture la vésicule après son ouverture, c'est le cas le plus fréquent.

La cholécystotomie à sutures perdues a pour but de refermer la vésicule après son incision, et, par dessus la vésicule, la paroi abdominale par un ou deux plans de sutures. Si on fixe le cholécyste à la paroi, la cholécystotomie est dite intrapariétale, intrapéritonéale au contraire si la vésicule évacuée et nettoyée est recousue, réduite et abandonnée dans la cavité abdominale. C'est la cholécystotomie idéale de certains auteurs.

La cholécystectomie consiste à enlever purement et simplement le cholécyste après la section entre deux ligatures du canal cystique.

Par la cholécystentérostomie on cherche à créer entre la vésicule et le tube digestif une communication compensant l'oblitération des voies biliaires au delà du confluent des canaux cystique et cholédoque.

Nous ne décrivons pas chaque procédé opératoire, car nous ne faisons pas ici l'étude de la chirurgie biliaire, mais nous rappelons les opérations indiquées pour la cure de l'hydropisie de la vésicule. Pour le détail du manuel opératoire nous renvoyons aux traités classiques et aux thèses et mémoires spéciaux.

La laparotomie est le premier temps de ces diverses opérations.

La forme, la direction, le siège de l'incision abdominale varient suivant les auteurs.

L'incision la plus fréquente est verticale, et au niveau de la tumeur.

L'incision verticale médiane a été recommandée entre autre par Witzel (1884). Elle saigne peu et donne beaucoup de jour. Vincent en fait la règle chez l'enfant à cause de la situation de la vésicule un peu plus rapprochée de la ligne blanche.

Cette incision a l'inconvénient dans le cas de brièveté du canal cystique ou de fragilité des parois de rendre impossible la suture de la vésicule biliaire à ce niveau. Dans un cas de ce genre, l'opérateur a fermé sa première incision, et refait la laparatomie sur la tumeur (1).

L'incision transversale le long du rebord des fausses côtes, a été critiquée.

Les lèvres de la plaie sont difficiles à maintenir écartées au cours de l'opération et saignent beaucoup. Si on prolonge l'incision il y a danger d'éventration postopératoire à cause de la section ou de la désinsertion (Courvoisier) du muscle droit. L'incision en T ou en Γ donne beaucoup de jour en permettant de soulever et d'écarter une partie de la paroi.

Elle a les avantages et les inconvénients de la laparotomie verticale et de la laparotomie transversale.

Elle a été pratiquée de propos délibéré ou bien au cours de l'intervention pour donner du jour.

L'incision est faite et la tumeur découverte : y a-t-il hydropisie de la vésicule et quelle en est la cause ?

(1) V. Voigt. obs. LXVIII.

La présence à la place de la vésicule bien reconnaissable à sa forme et à sa coloration, d'une collection liquide plus ou moins volumineuse et tendue, à parois blanchâtres, fibreuses, à l'intérieur de laquelle on peut sentir des calculs, et surtout l'examen du canal cystique que l'on trouve arrondi, petit, dur, transformé en véritable cordon fibreux, dans tout ou partie de son trajet, ou bien où l'on reconnaît la présence de calculs enclavés dont le nombre, la forme et le volume peuvent présenter toutes les variétés, permet d'affirmer qu'il s'agit d'une hydropisie de la vésicule, d'origine angiocholitique ou calculeuse.

Cependant, même après cette découverte de la tumeur, on a quelquefois posé le diagnostic de kyste hydatrique ou de rétention biliaire.

S'il s'agit d'un kyste hydatique, à moins qu'il ne soit développé dans la vésicule même, généralement on trouvera dans le voisinage de la tumeur une vésicule plus ou moins flétrie. Cependant les deux tumeurs peuvent coexister (1).

Dans le cas de rétention biliaire la poche a conservé la coloration de la vésicule et les parois sont plus minces.

Même l'incision de la tumeur et l'aspect du liquide ne peuvent quelquefois lever tous les doutes : nous verrons en effet plus loin que l'analyse seule a fait

(1.) V. Terrillon obs. L.

distinguer de la bile, un liquide hydropique particulièrement coloré, ou du liquide de kyste hydatique une sérosité claire et transparente comme de l'eau de roche.

Avant ou, de préférence, après cette incision qui permet de mobiliser plus facilement la tumeur en évacuant tout ou partie de son contenu, il faut explorer les voies biliaires et déterminer si possible le siège et la nature de l'obstacle.

En palpant les voies biliaires on sent soit un cordon dur, fibreux, soit une sorte de renflement dur, unique ou multiple, à la place du canal cystique, et la sonde introduite par la plaie vésiculaire butte contre un obstacle infranchissable que la main exploratrice ne peut rapporter qu'à une lésion cicatricielle du conduit transformé en cordon fibreux, ou bien contre un corps dur, remplissant un de ces renflements du canal cystique, donnant même quelquefois une sensation de frottement caractéristique : l'obstacle est formé par un ou des calculs.

Enfin la sonde peut ne pas s'engager dans le canal cystique soit que l'obstacle siège au niveau du col même de la vésicule, soit que le canal s'abouche latéralement et qu'on n'en puisse découvrir l'orifice.

Si après avoir évacué un liquide clair, on sent par la palpation les voies biliaires souples, et que la sonde introduite par l'incision pénètre facilement jusqu'à l'ampoule de Vater, s'il s'agit d'un malade ayant pré-

senté des troubles biliaires, il y a un cancer cause de rétention biliaire avec transformation plus ou moins complète du liquide et non hydropisie de la vésicule proprement dite.

Nous ne décrivons pas le manuel opératoire du cathétérisme des voies biliaires, procédé d'investigation aussi vieux que la chirurgie biliaire, proposé par J. L. Petit et Richter. — MM. Terrier et Dally en ont récemment fait l'objet d'un travail spécial (1).

Nous nous trouvons donc en présence d'une vésicule hydropique, et autant que permettent de l'affirmer l'exploration manuelle et le cathétérisme, il s'agit d'un canal cystique fermé par un rétrécissement cicatriciel ou par l'arrêt d'un calcul.

Dans les cas rares où une tumeur comprimait le canal cystique et produisait l'hydropisie c'est en général à cause de cette tumeur que l'on opérerait ; en tout cas la première indication est de s'attaquer à la tumeur ; pour la suite de l'intervention on se guidera d'après l'état des voies biliaires.

Rappelons qu'il s'agit d'une poche dont les parois sont résistantes, et d'un liquide non purulent.

Dans le premier cas : oblitération définitive du canal cystique nous nous trouvons en face d'une vésicule

(1) Léonté (Ob. LXIV) se sert du liquide même de la poche qu'il refoule vers l'intestin pour s'assurer de la perméabilité des voies biliaires.

isolée des voies biliaires par un pédicule plein, c'est-à-dire transformée en une sorte de tumeur kystique.

Cette tumeur est en général libre, nettement pédiculée, rarement adhérente ou munie d'un pédicule si court qu'elle est presque immobilisée.

On a le choix entre la cholécystostomie, la cholécystotomie, la cholécystentérostomie, ou enfin la cholécystectomie.

La cholécystostomie se fera de préférence en un temps, et l'incision avant la suture.

On opérera en un temps pour éviter l'éclatement d'accidents entre les deux interventions, et on ouvrira la vésicule avant de la fixer, car l'ouverture de la vésicule permet le cathétérisme des voies biliaires et l'appréciation plus exacte de la disposition de l'obstacle et de sa nature.

La cholécystostomie dans le cas où la tumeur est libre et mobile semble n'avoir pas de grands avantages : on crée une fistule par où s'écoulera plus ou moins longtemps le liquide sécrété par les parois du sac.

Ce sac que l'on a laissé en place peut par suite de l'oblitération voulue ou accidentelle de la fistule se fermer : la tumeur se reforme et donne lieu à tous les accidents que l'on a voulu éviter. Si la fistule reste perméable elle est en tous cas une gêne pour le malade, sans compter qu'elle peut être la porte d'entrée de quelque agent infectieux, et amener la formation d'un foyer purulent avec toutes ses conséquences.

En dehors de ces complications secondaires l'opération elle-même est longue, et la friabilité des parois peut la rendre impossible, ou en compromettre le résultat si les fils déchirent les lèvres de l'incision : la tumeur se trouve alors ouverte dans le péritoine.

Enfin en créant cette adhérence de la vésicule aux parois abdominales on rend plus difficile une intervention radicale ultérieure.

Si la tumeur est adhérente, ou peu mobile, que l'on puisse difficilement atteindre le pédicule, la cholécystostomie tout en présentant les mêmes inconvénients aura pour elle l'impossibilité de faire une opération plus radicale. La vésicule se transformera peu à peu en un canal de plus en plus étroit, ou bien la cavité se comblera par bourgeonnement ; il faut surveiller les pansements pour éviter l'infection.

En tout cas cette opération n'est qu'un moyen palliatif, ayant pour but l'évacuation et non la suppression de la tumeur ; ce n'est pas une opération radicale : les causes de la tumeur subsistent : oblitération du cystique et sécrétion des parois.

Disons tout de suite pour n'y plus revenir que la cholécystostomie ayant pour but de créer une fistule, les auteurs terminent souvent leurs observations par le mot « guérison » sans spécifier si la fistule a été oblitérée ou non. Pour nous il y a là un peu d'abus de langage, car le malade est bien guéri de la tumeur, mais non de la fistule. A cause de cela la statistique

des cholécystostomies peut être regardée comme très satisfaisante ou très peu satisfaisante selon qu'on se contente du mot guérison avec le fait de la fistule persistante, biliaire ou muqueuse, ou que l'on ne considère comme guéri que le malade dont la fistule est parfaitement oblitérée.

La cholécystotomie à sutures perdues n'est pas non plus indiquée dans le cas de fermeture définitive du canal cystique. En effet la tumeur ne tarde pas à se reformer puisque nous savons qu'elle peut se développer en dehors de tout apport de bile, et toutes les complications de la vésicule hydropique sont à craindre et surtout la rupture au niveau des sutures. L'opération est donc formellement contrindiquée dans le cas d'imperméabilité définitive du canal cystique.

La cholécystentérostomie n'aurait ici pour résultat que d'aboucher avec l'intestin au moyen d'une opération longue et difficile une cavité close, isolée du courant des matières intestinales, et qui deviendrait rapidement un foyer d'infection à moins que la fistule se rétrécissant peu à peu, s'oblitérât, et qu'ainsi la tumeur ne fût purement et simplement reconstituée.

Reste la cholécystectomie.

Organe peu utile, la vésicule biliaire est devenue une tumeur liquide source possible d'accidents graves. Elle est séparée des voies biliaires par un pédicule parfaitement étanche. Si elle est libre et mobile la ligature et la section du pédicule sont une opération tout aussi

facile que la formation d'une fistule. Si elle est adhérente ou peu mobile, on peut essayer de l'isoler et de lier le canal. Si l'opération est impossible on a toujours la ressource de réséquer le plus possible du sac et de fixer le moignon ainsi formé à la paroi abdominale. La guérison sera en tout cas plus rapide après cette résection partielle que s'il faut attendre l'oblitération par bourgeonnement du sac entier.

Il n'y a pas une seule objection à faire à cette opération dans ce cas précis ; l'inutilité complète de l'organe, l'imperméabilité du moignon que consolide simplement la ligature, l'antisepsie au cours de l'intervention, la transformation fibreuse et non la gangrène du moignon, tout démontre que si elle est matériellement possible cette opération débarrasse l'organisme d'une tumeur douloureuse, foyer probable de suppuration.

Mais nous savons que dans la presque totalité des cas l'obstacle est formé par un ou des calculs.

Ici les indications opératoires varient avec le nombre et la situation des concrétions et surtout avec la possibilité ou non de les évacuer.

Le cathétérisme et l'exploration manuelle des voies biliaires donnent des renseignements sur la situation et le volume des pierres et deux cas se présentent.

Le calcul peut être refoulé par la sonde dans le cholédoque, ou ce qui est bien préférable ramené par les doigts, poussé vers la vésicule, et extrait. Si ces moyens échouent on peut essayer par des manœuvres très di-

verses de broyer le calcul, soit avec une pince ou un petit lithotripteur spécial introduit dans le canal, soit avec les doigts ou une pince agissant à travers les parois du canal, soit enfin comme l'a conseillé Thornton en faisant éclater le calcul au moyen d'une fine aiguille. Les fragments du calcul évacués par l'incision de la vésicule, nous nous retrouvons en face d'un canal cystique libre.

Après l'échec de toutes ces tentatives, que le calcul soit trop volumineux ou trop dur, ou que le chirurgien hésite à le broyer par des manœuvres externes qui forcément altéreront plus ou moins les parois du canal comprimées entre la pince et le calcul, on peut essayer d'inciser le canal cystique, d'extraire le calcul, de refermer le canal et ici encore nous nous retrouvons en face d'un canal cystique libre.

Quant au calcul ou aux débris de pierre refoulés dans le cholédoque on les abandonne à eux-mêmes, confiant qu'ils seront évacués par l'intestin.

On a proposé de pratiquer la cholédochotomie, après quoi on referme et réduit le cholédoque.

Si le canal cystique est débarrassé des calculs qui l'obstruaient, si les voies biliaires sont intactes, si la vésicule est saine, il est assez peu utile de la supprimer, et on choisira la cholécystostomie, ou la cholécystotomie.

Si l'on a refoulé des calculs ou des débris de calculs vers le cholédoque, ou bien si, avant l'intervention, des

attaques de jaunisse montrent que des concrétions se sont déjà engagées dans cette voie, la cholécystostomie doit être préférée.

La formation d'une fistule permet de surveiller les voies biliaires, jusqu'à ce que l'écoulement d'un peu de bile par la plaie cutanée et l'absence de tout accident de rétention biliaire permettent de conclure à la perméabilité des canaux cystique et cholédoque.

Si les voies biliaires et la vésicule sont absolument saines on peut tenter la cholécystotomie, soit en fixant la vésicule fermée à la paroi, soit en la réduisant après l'avoir suturée hermétiquement.

Mais ce procédé ne sera indiqué que dans des cas bien rares, si nous nous souvenons de la fréquence des altérations des parois de la vésicule hydropique.

Si au contraire les parois de la vésicule sont épaissies, friables, si le liquide était tant soit peu troublé par des traînées de mucus, si le canal cystique a été lésé par des tentatives d'extraction des calculs, il semble que la cholécystectomie est l'opération de choix, à condition bien entendu que l'on n'abandonne aucun calcul dans les voies biliaires. En cas de doute la cholécystostomie est indiquée, et cela d'autant plus que l'on possède des observations où les concrétions se sont formées dans les voies biliaires intra ou extra-hépatiques avant leur jonction avec le canal cystique pour constituer le cholédoque.

La possibilité de la formation des calculs dans les

voies biliaires est pour Lawson Tait une contrindication formelle à la cholécystectomie dans tous les cas.

Quant à la cholécystentérostomie nous n'en voyons pas l'indication bien précise : ou bien le cholédoque est obstrué et il n'y a pas hydropisie, mais rétention, ou bien le canal cholédoque est libre et l'opération est inutile.

Nous avons supposé jusqu'à présent que l'on avait affaire, soit à un canal cystique définitivement fermé, soit à un canal cystique redevenu perméable par l'extraction du calcul.

Mais le cas de beaucoup le plus fréquent est celui-ci : une fois la vésicule découverte et évacuée, on ne peut extraire le ou les calculs, que l'on craigne de prolonger les tentatives de broiement, que l'on recule devant cette complication de l'opération qui serait la cysticotomie ou la cholédochotomie, même si ces interventions sont possibles, ou que le calcul échappe à l'examen ou à la prise des instruments.

Ici on ne peut tenter que la cholécystostomie ou la cholécystectomie.

La cholécystotomie exposerait à la reformation plus ou moins rapide de la tumeur, et la cholécystentomie aurait les mêmes inconvénients que dans le cas de transformation fibreuse du canal cystique.

Si l'on peut jeter une ligature au-delà de la tumeur et que l'on puisse affirmer qu'il n'existe au-delà de cette ligature, dans le canal hépatique ou dans le canal

cholédoque aucun calcul, s'il n'y a jamais eu d'accidents de rétention biliaire, la cholécystectomie a pour elle d'être une opération radicale.

Mais il vaut beaucoup mieux pratiquer dans ce cas la cholécystostomie, et dans un très grand nombre d'observations on verra que des calculs qui avaient résisté à toutes les tentatives d'extraction, par leur volume ou leur nombre se sont spontanément évacués par la fistule cystico-cutanée. L'opération est peut-être moins brillante mais le résultat en est autrement sûr.

Lorsque la bile apparaissant à l'ouverture de la fistule semble démontrer la perméabilité du canal cystique, de même que la disparition ou l'absence de l'ictère permettent d'affirmer la perméabilité du cholédoque, on peut tenter le cathétérisme des canaux et s'il y a lieu oblitérer la fistule.

L'ennui qui résulte pour le malade de porter une fistule muqueuse, ou les inconvénients d'une fistule biliaire que l'on peut toujours tenter d'oblitérer, compensent bien le danger qu'il y a à intervenir mal à propos ou à s'abstenir.

L'abstention laisse subsister la tumeur dont la rupture ou la transformation purulente sont un danger de mort.

La colécystotomie, la cholécystentérostomie font courir au malade le risque d'une intervention sérieuse, sans supprimer la tumeur qui va se reformer plus ou moins rapidement.

La cholecystectomie supprime bien la tumeur, mais qu'un calcul soit oublié dans les voies biliaires on s'expose à de terribles accidents, soit de rétention biliaire, soit de perforation ou de rupture des canaux.

Langenbuch le promoteur de la cholécystectomie raconte qu'il perdit un de ses malades pour avoir lié le canal cystique en-deça d'un calcul.

OBSERVATIONS

D'HYDROPIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

A. — PAS D'OPÉRATION PROPREMENT DITE PRATiquÉE SUR LA VÉSICULE DISTENDUE

OBSERVATION I. — **Ponction exploratrice
après laparotomie.**

OBS. II. — **Dilatation d'une fistule existant.**

OBS. III - IV. — **Ouverture de la tumeur à la
potasse caustique.**

OBS V - VI. — **Ponction de la tumeur sans
laparotomie**

OBSERVATION I. — **Terrillon.** — *Congrès de
chirurgie 1892.*

Femme 29 ans, 4 enfants.

Début. — Avril 1889, coliques hépatiques, pas d'ictère, pas de décoloration des fèces, pas de calculs dans les selles. Février 1891 Ictère, selles blanches, amaigrissement, suspension des règles. Août 1891. Apparition de la tumeur.

Etat. — Novembre 1891. — Subictère, tumeur arrondie du côté droit, semble continue avec le foie dont elle suit les mouvements respiratoires.

Opération. — 3 décembre 1891. Laparotomie. La tumeur est le rein droit déplacé.

Mais la vésicule biliaire est blanche, les parois semblent fibreuses, épaisses, et par la ponction on en retire 50 grammes d'un liquide citrin.

Pas de calcul.

Pas d'intervention.

OBS. II. — **Calhoun.** — *Medical Record,*
février 1881.

Femme 21 ans.

Début. — Coliques hépatiques, pas d'ictère, pas de coloration anormale des urines.

Etat. — Fistule par où s'écoule un liquide semblable à du blanc d'œuf.

Opération. — Dilatation de la fistule, extraction de deux calculs, deux jours après extraction d'un troisième calcul.

Suites. — La fistule est fermée au bout de trois mois et demi.

OBS. III. — **Leclerc.** — *In Luton. Gaz des
Hôpitaux* 1866, p. 137

Femme 72 ans.

Etat. — Tumeur fluctuante dans l'hypochondre droit.

Opération. — Ouverture à la potasse caustique. Issue d'une quantité de liquide séreux et de pierres.

Suites. — Santé parfaite, fistule tendant à se fermer.

OBS. IV. — **Brousson.** — *Bull. soc. chir.* 7 juillet 1885.

Femme 42 ans, 8 enfants.

Début. — Constipation habituelle.

Etat. — 15-22 novembre. — Langue blanche, météorisme, empâtement du côté droit de l'abdomen, frissons, état mauvais, la tumeur semble grosse comme une tête d'enfant.

Diagnostic. — Ovarite suppurée.

Opération. — 4 décembre. Application de pâte de Vienne. 7 décembre. Ponction : liquide sirupeux. 7-16 décembre. Pâte de Vienne sur l'aponévrose. 17 décembre. Découverte de la tumeur, blanche, nacrée, dure. 18 décembre. Pâte de Vienne sur la tumeur, ouverture de la tumeur, sang, pus, liquide blanc sirupeux. 19 décembre. Exploration, calcul. 20-28 décembre. Dilatation de l'ouverture, écoulement du même liquide blanc. 29 décembre. Extraction d'un fragment de calcul. 30 décembre 1874, 8 janvier 1875. Extraction de calculs et de fragments de calculs. 8-11 janvier. Etat satisfaisant, on n'extraît plus rien. 16 janvier. Cathétérisme du canal cystique avec une sonde d'homme,

calcul. 4 février. Lavage à l'eau tiède, on pousse une pince tire balle le long de la sonde, extraction de nombreux fragments. 12 mars. Le liquide blanc fait place à de la bile à la suite de l'extraction d'un dernier fragment.

Suites. — Cicatrisation progressive de la fistule. Juillet 1875. Guérison complète.

OBS. V. — **Chaudron.** — *Th. Paris*, 1878,
incomplète.

Femme 71 ans.

Deux ponctions. — A la suite de la deuxième, fistule par où s'écoule tous les jours 150 à 200 grammes de sérosité colorée, mauvais état général.

OBS. VI. — **Fleury.** — *In mém. de Page*

Homme 45 ans.

Début. — Ponction exploratrice, quelques gouttes de sang, inflammation de la piqûre, formation d'un abcès et d'une fistule, dilatation de la fistule, expulsion de deux calculs, fermeture de la fistule.

Etat. — Nouvel abcès, nouvelle fistule, écoulement de pus, puis d'un liquide visqueux, expulsion d'un calcul, et enfin apparition de la bile.

Suites. — Pas de signes de rétention biliaire, sensation pénible si la fistule tend à se fermer.

Pas d'autre intervention.

B. OPERATIONS

PRATIQUÉES SUR LA VÉSICULE BILIAIRE

OBS. VII-LV. — **Cholécystostomie.**

VII-XIII. — Opération en deux temps.

XIV-LV. — Opération en un temps.

XIV-XIX. — *Suture première.*

XX-LV. — *Suture deuxième.*

OBS. LVI-LXIX. — **Cholécystotomie.**

LVI-LXI. — Intrapariétale.

LXII-LXIX. — Intrapéritonéale.

OBS. LXX-LXXXVII. — **Cholécystectomie.**

OBS. LXXXVIII. — **Cholécystentérostomie.**

CHOLECYSTOSTOMIE

Opération en deux temps

OBS. VII. — **Bardenheuer.** — *In Th. Stauff* 1885

Femme 27 ans.

Début. — Coliques hépatiques.

Etat. — Subictère, tumeur nettement limitée dans l'hypochondre droit.

Diagnostic. — Rein mobile ou tumeur dépendant du foie.

Opération. — Laparotomie transversale à droite de la ligne blanche. Suture de la vésicule à la paroi abdominale. Ponction, liquide colloïde. — 10^e jour. Ouverture de la vésicule, même liquide avec quelques stries verdâtres. Extraction de trois calculs dont un fixé solidement dans le canal cystique. Drainage.

Suites. — Guérison.

OBS. VIII. **Bardenheuer.** — *In Th. Stauff* 1885

Femme 76 ans.

Début. — Coliques hépatiques depuis plusieurs années, calculs dans les selles.

Etat. — Tumeur dans l'hypochondre droit depuis deux ou trois ans.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule par obstruction du canal cystique.

Opération. — Même manuel opératoire que dans le n^o VII.

Suites. — Guérison complète en quelques mois.

Mort un an après de pneumonie double.

OBS. IX. — **Koenig.** — *In Rosenbach.* — *XI^e Congrès de chirurgie allemand.*

In Roth. — *Arch. Langenbeck*, 1885, XXXII, p. 106.

Femme 47 ans.

Débuts. — Depuis huit ans, troubles digestifs, vomissements, pas d'ictère, aggravation depuis deux ans et apparition d'une tumeur dans l'hypocondre droit.

Etat. — Dans le flanc droit tumeur grosse comme le poing, fluctuante, lisse, libre à sa partie inférieure, suivant les mouvements respiratoires du foie.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule biliaire.

Opération. — Laparotomie au bord externe du grand droit.

Suture de la vésicule au pèritoine et à la paroi.

Dixième jour. — Ouverture de la vésicule, liquide clair, muqueux, extraction de 40 calculs.

Suites. — Guérison rapide, fistulette persistante.

OBS. X. — **Lindner.** — *Berlin. klin. Wochensft.*
1892, XXXIX, 238

Jeune fille.

Débuts. — Depuis un mois, fièvre, ictère.

Etat. — Tumeur descendant jusqu'à l'épine iliaque antérieur et supérieure, t°. 40,5, frissons.

Opération. — Laparotomie, suture de la vésicule à la paroi.

Cinquième jour, ouverture de la vésicule au thermocautère, liquide séreux.

Onze jours après, évacuation d'une quantité de pus, rétablissement du cours de la bile, il s'agissait d'un abcès compriment les voies biliaires.

Suite. — Guérison rapide, fermeture complète de la vésicule.

OBS. XI. — **Nuvoli.** — *Spérimentale, Nov. 1890*

Femme 28 ans.

Début. — Bonne santé habituelle, il y a neuf mois à la suite d'une indigestion, douleurs, vomissements, et il persiste une sensibilité particulière de l'hypochondre droit.

Quelques jours après la malade découvre une tumeur grosse comme un œuf, qui grossit peu à peu, en même temps que les phénomènes douloureux deviennent plus pénibles.

Etat. — Aucun signe d'une affection organique quelconque; les fonctions digestives et génitales entre autres semblent intactes.

La moitié droite de l'abdomen est développée, et le point culminant de la tuméfaction est situé à quatre travers du doigt à droite de l'ombilic. La peau, normale, permet de sentir une tumeur à peu près de la taille d'une tête de fœtus; ronde, lisse, indolente, très mobile de gauche à droite et très peu de haut en bas, semblant se rattacher au foie et atteignant la fosse iliaque, suivant les mouvements respiratoires.

La matité de la tumeur est continue avec la matité hépatique même si on fait coucher la malade sur le côté gauche.

Opération. — 1 laparotomie et fixation de la tumeur à la paroi.

Quatre jours après ouverture et évacuation de la poche, pas de fièvre, état général bon.

Suites. — Le quatorzième jour, pendant le lavage boricé quotidien de la vésicule, issue de trois calculs gros comme une noisette, ronds, lisses, jaunâtres, friables, à la suite écoulement d'un peu de liquide muco-purulent.

Le dix-neuvième jour, le pansement est baigné de bile.

On extrait avec une pince un quatrième calcul semblable aux autres, dorénavant la bile s'écoule librement par l'ouverture abdominale.

Malgré une bonne alimentation l'écoulement de la bile affaiblit la malade qui maigrit ; les fèces sont décolorées.

On ferme la fistule par une suture à deux étages et au bout d'un mois la malade sort parfaitement guérie.

Quelque temps après (30 jours) la malade subit une nouvelle laparotomie : elle avait de la fièvre (39,3) et au niveau de la première opération existait une tuméfaction douloureuse : une ponction donne du pus : il s'agissait d'une compresse oubliée, on l'extrait, guérison parfaite en quelques jours.

N. B. Les calculs étaient de la cholestérine.

La compresse était enfermée dans une coque granuleuse.

OBS. XII. — **Tredelenburg.** — *Deutsch. Zeitschrift.*
f. Chir. 1884-85-XXI-159.

Femme 47 ans.

Début. — Tumeur dans l'hypochondre droit, pas d'ictère.

Diagnostic. — Kyste de l'épiploon ou hydronéphrose.

Opération. — Laparotomie latérale parallèle à la ligne blanche, ponction de la vésicule, suture de la vésicule à la paroi.

Le deuxième jour, ouverture de la vésicule, extraction de cent cinquante calculs et d'un liquide trouble, oblitération du canal cystique.

Suites. — La malade meurt deux mois après d'un cancer.

OBS. XIII. — **Witzel.** — *Deutsche Zeitschft. f.*
chir. 1884-85 XXI, 159

Hydropisie de la vésicule biliaire.

Laparotomie.

Suture et incision de la vésicule biliaire.

Guérison.

CHOLÉCYSTOSTOMIE

Opération en un temps

Suture première

OBS. XIV. — **Blodgett.** — *Homœopath. Times*
1879-80 VII-83

Homme.

Débuts. — Surveillé depuis deux mois à cause de sa tumeur.

Elat. — Tumeur dans l'hypochondre droit.

Diagnostic. — Oblitération du cholédoque. Une ponction donne environ 125 gr. d'un liquide brun, 17 janvier 1878.

Opération. — Laparotomie (le 4 février) au niveau du point culminant de la tumeur, suture de la vésicule à la paroi, ponction de la vésicule.

Suites. — Mort le septième jour dans le collapsus, persistance de la cholémie.

Autopsie. — Douze heures après la mort : pas de péritonite, début de cicatrisation, cancer de la tête du pancréas englobant le canal cystique.

OBS. XV. — **Parkes.** — *New-York medical Record*
2 mai 1888

Femme 29 ans.

Débuts. — Signes d'obstruction du cholédoque, insuccès d'un traitement médical.

Opération. — Laparotomie, ponction de la vésicule, écoulement d'un liquide muqueux teinté par de la bile, suture de la vésicule à la paroi, ouverture de la vésicule où on ne trouve pas de calculs

Suites. -- Le quatrième jour on charge le pansement où il y a quelques petits calculs, quelques jours après d'autres, la malade se rétablit vite, pas d'écoulement de bile par la fistule.

Au bout de quelques semaines on tente le cathétérisme du cholédoque, flot de bile par l'ouverture cutanée, puis guérison rapide de la fistule.

OBS. XVI. — **Poljakoff.** — *Meditzinskago
Obshestva; Moskou 1890, XXXIV 679.
Centrbl. f. Chir. 1892.*

Garçon 11 ans, sourd-muet.

Débuts. — ?

Etat. — Dyspnée, ballonnement du ventre dont la circonférence est 102 centimètres, poulx irrégulier, ni fièvre, ni ictère.

Opération. — Faite à cause de la dyspnée, laparotomie le long du bord costal; découverte, suture à la peau et ponction de la vésicule: plus de quatre litres d'un liquide huileux, coloré par la bile, incision de la vésicule, drain.

Suites. — Pansement tous les jours, au bout de trois semaines la circonférence de l'abdomen est 62 centimètres, il n'y a plus de tumeur, en deux mois guérison complète.

OBS. XVII. — **Mayo Robson.** — *Medical Times,
oct. 1885 p. 617*

Femme 22 ans.

Débuts. — Vomissements et constipation rebelles.

Etat. — Tumeur dans l'hypocondre droit, malaises persistants.

Diagnostic. -- Distension de la vésicule.

Opération. — Après une ponction exploratrice ayant donné un liquide semblant venir d'un kyste, laparotomie, ponction de la vésicule, suture et ouverture de la tumeur dont on extrait de petits calculs, on ne trouve pas de calcul dans le canal cystique.

Suites. — Cessation immédiate des vomissements. En septembre (7 mois après) fermeture de la fistule, en octobre, réouverture de la fistule, et issue de liquide clair puis mucopurulent.

Analyse du liquide. — Aspect eau de roche, pas de microbes, ferment coagulant le lait, ferment diastasant l'amidon.

N.-B. — L'auteur recommande la cholécystectomie : si la vésicule est distendue elle ne remplit plus ses fonctions ; si elle est petite, elle est difficile à suturer.

OBS. XVIII. — Hofmøkl. — Wiener Med. Presse
Vol. 40, 1885, n° 48-50

Femme 39 ans.

Débuts. — À vingt ans, ictère, coliques vagues ; à vingt-un et vingt-huit ans, ictère, à trente-huit ans, coliques pendant deux mois, apparition de la tumeur.

Etat. — Amaigrissement, ictère léger, au dessous du foie tumeur plus grosse que le poing, lisse, tendue, élastique, douloureuse.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule, empyème de la vésicule, kyste hydatique de la face inférieure du foie ou de l'épiploon.

L'auteur rejette la ponction exploratrice.

Opération. — Laparotomie, découverte d'une tumeur tendue, mobile, adhérente à l'épiploon à sa partie inférieure.

Ponction de la vésicule, 150 gr. de liquide grisâtre, renfermant de la graisse, de la cholestérine, des leucocytes, pas de bile.

Suture de la vésicule à la peau, ouverture de la vésicule, extraction de treize calculs, toilette de la vésicule, drain.

Suites. — Soulagement immédiat, sommeil tranquille, ni fièvre, ni vomissements.

Le vingtième jour écoulement bilieux, évacuation de quelques calculs, on en sent un gros qui est broyé. L'écoulement bilieux continue par la fistule, mais les selles sont colorées.

Deuxième opération. — Après avoir vainement essayé de fermer la fistule par des applications de caustiques, l'auteur enlève tout autour de l'orifice une bande de deux millimètres d'épaisseur environ, et fait une suture. Au bout de huit jours la fistule paraît bien fermée. Elle se rouvre mais au bout de six semaines l'occlusion est définitive.

Etat actuel (un an après l'opération). — L'état général est bon, la cicatrice déprimée, il n'y a pas de tumeur ; il n'y a aucun signe de calculs dans la vésicule.

OBS. XIX. — Ransohoff. — Berlin Klin.

Wochensft. 1882 n° 21

Homme 76 ans.

Débuts. — Depuis six mois ictere, amaigrissement.

Etat. — Le malade est presque cachectique ; il a perdu 25 kilos depuis le début, ascite, selles blanches, urines colorées. On sent sous le foie une tumeur mobile, grosse comme le poing.

Diagnostic. — Cholélithiase, après une ponction exploratrice, le trocart ayant buté contre un calcul.

Opération. — Laparotomie sur la tumeur. La vésicule distendue renferme 250 gr. environ d'un liquide vert clair, on y sent trois calculs, un quatrième enclavé dans le canal cystique est

refoulé dans la vésicule par pression externe sur le canal. Suture de la vésicule à la peau, ouverture, extraction des calculs, toilette.

Suites. — Mort en vingt-six heures, collapsus.

Autopsie. — Non pratiquée.

CHOLÉCYSTOSTOMIE

Opération en un temps

Suture deuxième

OBS. XX. — Chaput. — *Soc. de chir.* 9 avril 1890

Femme 46 ans. — *Ann. de chir.* 1890.

Début. — Depuis dix sept ans accidents dyspeptiques, depuis trois ans accidents hépatiques, douleurs, vomissements, ictère, avril 1889 poussée hépatique, ictère, urines foncées, urticaire.

État. — Tumeur volumineuse mobile de haut en bas, et pas de droite à gauche, résistante, douloureuse, mate, grosse comme le poing, ictère léger, selles colorées, état général satisfaisant.

Diagnosti. — Une ponction donne du sang.

Opération. — 15 août 1889. — Laparotomie sur la tumeur, ponction de la vésicule, 100 gr. de liquide blanc visqueux, incision de la vésicule où se trouve un gros calcul fixé. Suture de la plaie vésicale à la plaie pariétale, dégagement du calcul avec une curette.

Suites. — 23 août. — Écoulement d'un peu de bile, 27 août dissection et fermeture de la vésicule, fermeture de la paroi, pas de drain. 6 septembre, on enlève les fils, 9 septembre, guérison.

Analyse du liquide. — Eau 99 0/0, fibrine, mucine et sels.

OBS. XXI. — Chaudron. — *Th. Paris* 1878

Femme 40 ans. — (obs. incomplète)

Opération — Incision d'une tumeur biliaire, liquide visqueux coloré.

Suites. — Au bout d'un mois issue d'un calcul, persistance de l'ictère, disparition subite de l'écoulement bilieux après une colique, guérison en quelques semaines.

**OBS. XXII. — Eddower. — *Brit. med. journal*,
mai 1884**

Femme 53 ans.

Débuts. — Tumeur depuis 7 ans.

Diagnostic. — Aucun.

Opération. — 30 oct. 1882. — Laparotomie, ponction de la vésicule, hydropisie de la vésicule, pas de calculs, ouverture de la vésicule, suture à la peau.

Suites. — Fistule persistante.

**OBS. XXIII. — Edwards. — *Med. News*.
31 mars 1888**

Femme 53 ans (Fièvre jaune dans son enfance)

Débuts. — Depuis quatre ans, douleurs vagues de l'hypochondre droit. Ictère aigu depuis quatre mois.

État. — Ictère intense, douleurs de plus en plus fortes, urines colorées, selles abondantes striées de sang, vomissements de sang, faiblesse, foie gros, tumeur dans la région de la vésicule suivant les mouvements respiratoires, tendue ; à la pression, vomissements, syncopes.

Opération. — Laparotomie à droite, ponction de la vésicule, aspiration de 250 gr. de liquide muqueux et biliaire, ouverture de la vésicule, 29 pierres extraites, suture à la paroi, drainage, pansement.

Suites. — Mort huit heures après l'opération. — L'auteur remarque que (vu l'état de la malade) peut-être eût-il mieux valu opérer en deux temps.

OBS. XXIV. — **Frey.** — *Rev. des Sciences médicales, XXXIV 664.*

Femme.

Début. — 1887, ictère; 1888, douleurs et tumeur.

Etat. — Tumeur grosse comme une poire, dure non fluctuante à 6 cent. à droite de la ligne blanche, bien limitée, mate, pas très mobile; amaigrissement, constipation, coliques hépatiques; depuis quelques jours, douleurs plus vives, tumeur plus grosse et fluctuante, ictère, décoloration des selles, l'état général s'aggrave.

Opération. — Laparotomie: vésicule adhérente, ponction de la vésicule, 250 gr. de liq. incolore, ouverture de la vésicule, 65 calculs, exploration sans résultat pour tâcher de découvrir la cause de l'obstruction, suture de la vésicule à la peau.

Suites. — Persistance de l'obstruction, mort au bout de deux mois.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas et du lobe gauche du foie, comprimant les canaux cystique et cholédoque.

OBS. XXV. — **Herz.** — *Berliner klin. Wochenschrift, Avril 1872*

Femme 28 ans.

Début. — A cours d'une fièvre typhoïde, apparition d'une tumeur au niveau de l'ombilic, le plus souvent indolente, depuis deux mois, fluctuante.

Etat. — Tumeur au niveau de l'ombilic.

Opération. — Incision, évacuation de liquide blanc muqueux.

Suites. — Le dixième jour il sort un calcul et en huit jours treize autres, puis des flots de bile, un 1/2 litre par jour, fèces décolorées, faiblesse croissante.

Deuxième opération. — Fermeture de la fistule par une suture de la paroi.

Suites. — Suintement de la bile pendant quelque temps, puis guérison complète.

OBS. XXVI. — **Hofmök.** — *Wiener. med. Presse*
1887 n° 25

Femme 45 ans.

Début. —

Etat. — Tumeur dans l'hypochondre droit.

Opération. — 29 mars 1887. — Laparotomie, incision de la vésicule, extraction de deux gros calculs.

Suites. — 22 avril. — Fistule donnant du mucopus ; pas de bile.

OBS. XXVII. — **Hutchison.** — *Med. News.*
22 mai 1886-569

Femme 40 ans.

Début. — Douleurs depuis 12 ans.

Etat. — Tumeur abdominale mobile en contact avec le foie, nondouloureuse à la pression, arrondie, dépassant l'ombilic, étendue jusqu'au ligament de Poupart, foie normal, jamais d'ictère.

Diagnostic — Kyste de l'ovaire.

Opération. — 18 mai 1885. — Laparotomie exploratrice, ponction de la vésicule, liquide mucopurulent avec cholestérine, ouverture de la vésicule, extraction d'un calcul libre et d'un autre fixé dans le canal cystique.

Suites. — Guérison, la fistule est fermée en six semaines.

OBS. XXVIII. — **Jansen.** — *Rev. des Sciences médicales* XXIX, 658

? 28 ans

Débuts. — Tumeur depuis deux ans.

Etat. — Douleurs vives, tumeur de la vésicule.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule, par occlusion du canal cystique par un calcul.

Opération. — Laparotomie et ouverture de la vésicule, suture de la vésicule à la peau, extraction d'un calcul du col de la vésicule.

Suites. — Guérison rapide.

OBS. XXIX — **Le Dentu.** — *Bull. acad. médec.*
30 Déc. 1890

Femme 39 ans.

Débuts. — Coliques hépatiques depuis l'enfance; en 1888, malade quatre mois d'une crise hépatique.

Etat. — Tumeur biliaire ferme, mobile, fuyant sous le doigt; ectopie du rein droit; douleurs, troubles digestifs, pas de décoloration des selles.

Opération. — 10 mars 1890. — Laparotomie, ponction de la vésicule: 40 grammes de liquide très fluide, clair comme de l'eau de

roche, ne rappelant en rien la couleur et la consistance de la bile, dont il ne contient aucune trace des éléments constitutifs (examiné) ; incision de la vésicule, extraction pénible d'un calcul du canal cystique ; flot de bile ; résection partielle de la vésicule. Suture à la paroi ; drain.

Suites. — Deux jours après coliques hépatiques faibles.

Douzième jour. — Suppression du drain.

Vingtième jour. — Guérison sans fistule.

Examen de la pièce cholécystite fibreuse chronique.

OBS. XXX. — **Marriott.** — *Brit. med. journal.*

Janvier 1890.

Femme 42 ans.

Début. — Ni ictère, ni selles argileuses.

Etat. — Tumeur volumineuse sus ombilicale.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule.

Opération. — 27 août 1889. — Laparotomie au niveau de la tumeur, ponction de la vésicule, évacuation d'un liquide muqueux, incision de la vésicule, extraction facile d'un gros calcul mobile ; un autre fixé dans le canal cystique ne peut être extrait.

Suites. — Trois jours après agrandissement de l'incision primitive, découverte du canal cystique, impossibilité de faire glisser le calcul qui est broyé, guérison.

OBS. XXXI. — **Matlakowski.** — *Gazeta Lekarska,*

1891, 25 p. 481, 26 p. 505.

Femme 47 ans.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule.

Opération. — Cholécystostomie.

Suites. — Fistule rebelle.

OBS. XXXII. — **Musser et Keen.** — *Amer. J. of méd. sciences*, juin 1883

Homme 31 ans.

Débuts. — Octobre 1882. — Catarrhe gastrointestinal aigu, ic-tère, douleurs à l'épigastre. Avril 1883. — Ictère, prurit, la ma-tité hépatique va du cinquième espace à 4 cent. 1/2 au dessous des fausses côtes. Les urines renferment des pigments et des acides biliaires.

Etat. — 10 mai 1883. — Pouls fréquent, fièvre, sensibilité de l'épi-gastre, à droite de l'ombilic tumeur arrondie, mollé, douloureuse, foie très gros. Hauteur de la matité hépatique sur la ligne mame-lonnaire 14 cent. Ponction capillaire de la tumeur : 30 gr. de liquide visqueux ne renfermant ni éléments biliaires, ni hydatides.

Opération. — 19 juin 1883. — Laparotomie transversale, paral-lèle au rebord costal, à demi distance entre l'ombilic et les côtes. Ponction de la vésicule ; 650 gr. de liquide visqueux. Ouverture de la vésicule, il sort du pus et de la bile. Pas de calcul. On ne trouve pas l'orifice du canal cystique. Suture de la plaie vésicu-laire et de la plaie abdominale.

Suites. — Mort le septième jour : collapsus.

Autopsie. — La vésicule adhère à la paroi. Entre le canal cys-tique et la vésicule il y a un repli valvulaire obstruant le canal. Petite tumeur comme un pois à l'orifice du cholédoque dans le duodenum.

Ici il y a sans doute eu : 1° hydropisie par l'obstruction valvu-laire du canal cystique ; 2° rétention biliaire par l'oblitération du cholédoque au niveau du duodenum.

OBS. XXXIII. — **Page.** — *Lancet* 27 juillet 1887

Femme 33 ans.

Début. — Ni ictère, ni calcul dans les selles.

État. — Tumeur de l'hypochondre droit.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule biliaire.

Opération. — Cholécystostomie en un temps, extraction d'un calcul fixé dans le canal cystique avec une pince.

Suites. — Guérison.

OBS. XXXIV. — **Page.** — *Lancet*, 3 août 1889

Femme 62 ans.

Début. — Depuis plusieurs années coliques hépatiques, ni ictère, ni selles décolorés, depuis quatre mois la tumeur grossit.

État. — Tumeur comme une orange, mobile, pas tendue.

Opération. — Difficile, laparotomie, ouverture de la vésicule, liquide clair, puis plus trouble, quelques pierres, et enfin bile, on laisse une fistule.

Suites. — Guérison de la fistule.

OBS. XXXV. — **Page.** — *Lancet*, 3 août 1889

Femme 37 ans.

Début. — Quatre mois, ictère, selles blanches, douleurs.

État. — Ictère prononcé, amaigrissement, ballonnement, gêne respiratoire, tuméfaction de la région, pas de tumeur appréciable à la palpation.

Opération. — Laparotomie, découverte de la vésicule, ouverture de la vésicule, une petite cuillerée de liquide clair, deux petites pierres ; dans le canal colédoque on trouve une quantité de petits calculs mobiles, suture de la vésicule à la paroi.

Suites. — Premier pansement, flot de bile ; amélioration progressive, guérison en un an.

OBS. XXXVI. — Périer. — Cinquième Congrès de chirurgie

Femme 36 ans.

Début. — Depuis deux ans, vomissements, pas d'ictère, douleurs.

Etat. — Douleurs persistantes, tumeur dure, ronde, bosselée, douloureuse à la pression, fixée au foie, non fluctuante.

Opération. — Novembre 1890. — Laparotomie : la vésicule est enfermée dans une masse épiploïque adhérente ; ponction, liquide épais, filant, jaunâtre, puis sang ; ouverture de la vésicule, exploration, toilette de la cavité ; pas trace de concrétion. Suture de la plaie vésiculaire à la plaie abdominale, drains.

Suites. — Pendant quelques jours suintement brunâtre puis franchement séreux.

Onzième jour. — Enlèvement des fils.

Douzième jour. — Enlèvement du drain.

Six semaines. — Fistule, liquide verdâtre sans éléments biliaires.

OBS. XXXVII. — Mayo Robson. — Med. Times, octobre 1885 p. 617

Femme 34 ans.

Début. — Juin 1884. — Tumeur comme un œuf, douleur, malaises, jamais d'ictère.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule.

Etat. — Augmentation du volume de la tumeur.

Opération. — Juillet 1885. — Laparotomie, ponction de la vésicule, aspiration d'un liquide clair comme de l'eau de roche, ouverture de la vésicule, extraction de huit calculs du canal cystique, suture de la plaie vésiculaire et de la plaie cutanée, drainage.

Suites. — Dix-septième jour, guérison avec fistulette persistante.

OBS. XXXVIII. — **Savage.** — *Rev des Sciences médicales* XXVI 1885-236

Homme adulte.

Début. — Sept ans.

Etat. — Tumeur comme une noix de coco dans l'hypochondre droit.

Diagnostic. — Une ponction exploratrice donne un liquide incolore puis un peu de bile : kyste hydatique.

Opération. — Laparotomie ; ponction de la vésicule ; les deux premiers tiers du liquide sont clairs, le dernier tiers semble être de la bile pure, ouverture de la vésicule, quatorze calculs, suture.

Suites. — Guérison.

L'auteur pense qu'il s'agissait dans ce cas d'une vésicule cloisonnée.

OBS. XXXIX. — **Sims.** — *Brit. méd. journal*, 1878, I, 811

Femme 45 ans.

Début. — Depuis six mois : ictere, démangeaisons ; depuis qua-

tre mois la tumeur croît rapidement, devient fluctuante; on trouve des calculs dans les selles.

Mars 1878. — Aspiration d'un liquide brun ne contenant pas de bile.

Avril 1878. — La poche est revenue aux mêmes dimensions.

Etat. — Tumeur dans l'hypochondre droit, ictere, amaigrissement, pâleur, faiblesse.

Diagnostic. — Distension de la vésicule ou kyste hydatique.

Opération. — 18 avril 1878. — Laparotomie à droite et parallèle à la ligne blanche, ponction de la vésicule dilatée, dont les parois sont épaissies, aspiration de 750 grammes de liquide. — La vésicule attirée au dehors est ouverte, on extrait soixante-six pierres avec la pince, ou des éponges montées, lavage à l'eau phéniquée, excision d'une portion de la paroi de la vésicule, suture de la plaie vésiculaire et de la plaie abdominale comprenant le péritoine.

Suites. — Hémorrhagies.

Le huitième jour mort: collapsus, hémorrhagies.

Autopsie. — Canaux dilatés, seize autres calculs, la plaie abdominale est guérie, pas de péritonite, la vésicule est adhérente à la paroi dans toute la longueur de la suture.

OBS. XL. — **Lawson Tait.** — *Brit. med. J.* 1879
II, 778

Femme 40 ans, mariée depuis 18 ans, 6 enfants, toujours bien réglée

Débuts. — Dans l'été de 1878 apparition d'une douleur exaspérée par le mouvement; hiver 1878, perte de l'appétit, amaigrissement, et le point douloureux fait place à une tuméfaction; constipation opiniâtre; rien dans les urines.

Etat. — Tumeur non fluctuante, très mobile, semblant fixée au niveau du flanc droit.

Diagnostic. — Kyste d'un rein flottant, tumeur de la tête du pancréas, hydropisie de la vésicule.

Opération. — 23 août 1879. — Laparotomie exploratrice. Incision de dix centimètres sur la ligne médiane, étendue également au-dessus et au-dessous de l'ombilic. — Ponction de la vésicule, et aspiration d'un liquide blanc, visqueux, muqueux, 450 grammes environ, ressemblant beaucoup à de l'empois. — Ouverture de la vésicule, exploration digitale, extraction d'un calcul libre, découverte d'une autre pierre dans le canal cystique; lithotritie, toilette de la vésicule, suture de la plaie vésiculaire et de l'extrémité supérieure de la plaie abdominale en ménageant une fistule qui donne accès dans la vésicule. L'opération est faite antiseptiquement.

Suites. — Jusqu'au 3 septembre (onze jours) écoulement bilieux (bile normale), application d'onguent à l'oxyde de zinc au lieu du pansement, le 9 septembre (dix-sept jours) la plaie est cicatrisée, le 20 septembre (vingt-huit jours), la malade quitte l'hôpital ayant gagné treize livres.

OBS. XLI. — **Lawson Tait.** — *Brit. med. Journal*
II 950.

Femme 28 ans.

Début. — Souffrant depuis sa jeunesse.

Etat. — Tumeur dans l'hypochondre droit fluctuante, pas d'ictères, urines normales.

Diagnostic. Choléléltuaire, calcul enclavé dans le canal cystique.

Opération. — 15 juin 1888. — Laparotomie sur la tumeur, ponction de la vésicule dont on retire 500 gr. de liquide glaireux, muqueux, ouverture et suture de la vésicule à la paroi, drains.

Suites. — Guérison avec une fistule persistante par où le 5 août (50 jours) il s'écoule encore du liquide muqueux.

OBS. XLII. — **Lawson Tait.** — *Brit. med. Journ.*
1882. Il 950

Femme 39 ans

Débuts. — Coliques hépatiques.

Opération. — Même que pour l'obs. XXXIX pratiquée le 13 octobre 1881. Extraction de 16 pierres.

Suites. — Guérison.

OBS. XLIII. — XLIV. **Lawson Tait.** — *Brit. med. Journal*

Deux cholécystostomies pratiquées avec succès : une le 5 janvier 1883 chez un homme de 23 ans, l'autre le 28 mai 1883 chez une femme de 66 ans, tous deux atteints d'hydropisie de la vésicule.

OBS. XLV. — **Taylor.** — *Brit. med. Journal, Janv.*
1888

Femme 42 ans.

Début. — Tumeur depuis quatre ans, s'accroissant rapidement depuis huit mois, ni coliques hépatiques, ni ictères.

Etat. — Tumeur biliaire.

Opération. — Laparotomie, ponction de la vésicule, liquide gélatineux, transparent, incision de la vésicule, extraction de quatre calculs, un cirrhième enclavé dans le canal cystique est trop ad-

hérent pour être arraché, trop dur pour être broyé par pression extérieure, on suture la vésicule à la paroi.

Suites. — Chaque jour avec l'irrigateur on pousse deux injection lentes, le quatrième jour le liquide revient teinté de bile prouvant la perméabilité du canal, le seizième jour le calcul ramolli peut être brisé avec des pinces courbes, évacuation des fragments.

Guérison.

OBS. XLVI. — **Taylor.** — *Brit. med. Journal*, janvier 1888

Femme 43 ans

Debut. — Neuf semaines, pas d'ictère, pas de troubles digestifs, apparition d'une tumeur douloureuse dans le flanc droit.

Etat. — Tumeur dure, arrondie, non fluctuante, mobile, ne présentant pas de connexion nette avec le foie ou le rein.

Diagnostic. — Tumeur solide, sans doute cancéreuse de l'épiploon.

Opération. — 5 septembre 1884. — La laparotomie fait découvrir une vésicule biliaire distendue, ponction, 250 grammes de liquide muco-purulent, incision de la poche, exploration digitale, pas de calcul, sensation analogue à celle des colonnes de la vessie dans certains cas de lithiase, suture de la plaie vésiculaire à la plaie abdominale, drain.

Suites. — Guérison en un mois avec une fistule persistante par où s'écoule un peu de mucopus, jamais il n'a passé de bile par la fistule.

OBS. XLVII. — **Terrier.** — *Bull. soc. chir.* 23 février 1887

Femme 24 ans.

Debuts. — Depuis plusieurs mois tumeur arrondie, indolente

au niveau de l'épigastre, depuis un mois amaigrissement, anorexie ; ni ictère, ni urines acajou, ni selles décolorées.

Etat. — Au dessous du foie et y semblent insérée, on sent une tumeur grosse comme le poing, allant jusqu'après de l'ombilic.

Opération. — Novembre 1886. Laparotomie. On trouve une tumeur arrondie, fluctuante, opalin qui est la vésicule dilatée. — Ponction 300 gr. de liquide transparent opalin. Exploration de la poche où l'on trouve un calcul libre gros comme une noisette. Incision de la vésicule dont les lèvres saignent, extraction du calcul flottant, et découverte en touchant la poche d'un gros calcul enchatonné à l'orifice du canal cystique. Dénudation et écrasement du calcul, résection d'une partie de la poche, suture de la plaie vésiculaire à l'incision abdominale, drain, pansement iodoformé.

Suites. — Dix-huit jours après on enlève les tubes, et par la fistule il s'écoule un peu de bile surtout la nuit. On cautérise au fer rouge la fistule, deux mois après l'opération la guérison est complète. Février 1887 la malade a engraisé, ni douleurs, ni tiraillements.

Examen du liquide. — Un peu de cholestérine.

OBS. XLVIII. — **Terrier.** — *Bull. acad. méd.*

23 déc. 1890 p. 831.

Femme 50 ans.

Débuts. — Douleurs au niveau du foie et augmentation du volume du ventre depuis six mois.

Etat. — Douleurs dans le flanc droit, troubles dyspeptiques, urines alternativement claires et foncées, tumeur nettement fluctuante occupant les deux tiers supérieurs de l'abdomen.

Diagnostic. — Tumeur abdominale, une ponction exploratrice donne vingt-quatre litres d'un liquide gommeux non filant.

Opération. — Quinze jours après la ponction. — Laparotomie, on découvre une vaste poche au devant de l'épiploon, adhérente, insérée au foie. C'est la vésicule qui contient encore quelques litres du même liquide. Au niveau du canal cystique on sent un calcul enchatonné. Incision de la poche, résection d'une partie du sac, suture de l'ouverture du sac à la peau, drainage.

Suites. — Deux jours après selles abondantes colorées, jusqu'au 17 août, c'est-à-dire pendant un mois écoulement par la fistule d'un liquide jaune filant, puis citron, et peu abondant. Fin d'août, guérison et sortie de l'hôpital.

Examen de la pièce. — Colonies microbiennes sur la muqueuse (diplocoque).

Il s'agit sans doute d'une infection secondaire, succédant à la rétention primitive.

A la suite de cette observation M. Terrier passe rapidement en revue la question des collections de la vésicule formées soit par de la bile modifiée, soit par du mucus. Il peut y avoir deux modes de formation : un calcul faisant l'office de valvule à l'origine du canal cystique dans les cas où le liquide est coloré ; un calcul fixé et obstruant absolument le canal cystique.

Pour le diagnostic si la tumeur est de volume moyen, son siège fait penser à quelque tumeur relevant du foie, ou peut-être du rein droit. Si la tumeur existe chez une femme et est très volumineuse on pose à priori le diagnostic de kyste de l'ovaire. La palpation et le toucher peuvent prouver qu'il n'y a aucune connexion entre la tumeur et l'utérus ou ses annexes.

Enfin on peut faire une ponction et examiner le liquide. Même dans ce cas le liquide peut n'avoir aucun caractère bien net. Par

contre la présence d'éléments biliaires a une signification très précise.

Pour le traitement M. Terrier propose si la tumeur est peu volumineuse la cholécystectomie ou la cholécystostomie. Si la tumeur est très volumineuse on peut tenter la cholécystectomie, complète ou partielle, c'est-à-dire enlever la vésicule, ou bien réséquer la plus grande partie de la poche comme s'il s'agissait d'un kyste volumineux de la face inférieure du foie.

Dans le cas où l'on pratique cette cholécystectomie incomplète on peut abandonner le calcul dans le canal cystique sans craindre d'avoir une fistule intarissable. C'est ce qui s'est produit pour l'observation que nous venons de citer.

OBS. XLIX. — *Recueillie dans le service de M. le D^r Terrier et communiquée par M. Jourdan, interne du service. (Inédite.)*

Femme 64 ans, 5 enfants.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quatre-vingt-quatre ans, mère morte à cinquante-un ans d'une tumeur dans le ventre ?

Antécédents personnels. — Rhumatismes.

Debuts. — Depuis dix mois sensation de gêne dans le ventre, surtout au niveau de l'hypochondre droit.

En mars 1894 le foie dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt, crampes d'estomac très violentes la nuit, vomissements bilieux incoercibles pendant quatorze heures (glace, etc...), cessation des vomissements, diminution des douleurs.

En avril (7 avril) nouvelle crise hépatique, plus violente. Les vomissements bilieux, puis aqueux durent une quinzaine de jours, reprise des douleurs. Le médecin constate dans l'hypo-

chondre droit une tuméfaction douloureuse. Les vomissements deviennent plus rares, la douleur persiste, la tumeur augmente de volume. 12 avril : ponction, environ 500 gr. de liquide bilieux, clair. 20 avril : ponction, environ un litre de liquide bilieux épais et trouble. On ne trouve pas de pus dans le liquide examiné. La tumeur continue à grossir.

Etat le 10 mai. — Pas de vomissements, douleurs moins fortes. L'abdomen est plus développé à droite qu'à gauche, la peau est plus tendue du même côté. Une tumeur occupe toute la moitié droite de l'abdomen de l'ombilic au flanc droit, et des fausses côtes jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La tumeur est lisse, égale, fluctuante, tendue. Par la palpation bimanuelle on refoule la main posée à plat sur la tumeur avec la main placée dans la fosse lombaire. La tumeur, sensible à la palpation, est très douloureuse en un point situé à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes, en dedans de la ligne mammaire. Submatité à la périphérie, matité complète au centre de la tuméfaction.

Teinte subictérique légère des téguments marquée surtout aux conjonctives.

Diagnostic. — Cholécystite calculuse.

Opération. — Le 15 mai M. Terrier aidé par M. Jourdan, fait la laparotomie. Incision le long du bord externe du droit de l'abdomen à dix centimètres de la ligne médiane, en dedans de la ligne mammaire (le ventre est développé). L'incision mesure dix centimètres, et est partagée en deux parties égales par une ligne passant par l'ombilic. La vésicule a des parois épaisses, fibreuses, adhérant totalement au péritoine pariétal. Décollement de la paroi de la vésicule sur une partie de son étendue, ponction et aspiration de 1,500 gr. de liquide verdâtre (bile et mucus). On poursuit le décollement de la paroi de la vésicule, et de la paroi

abdominale, mais les adhérences sont solides, et malgré leur épaisseur les parois de la vésicule cèdent et se déchirent. Le décollement est poussé en haut jusqu'au bord du foie qui est accolé à la vésicule sous forme d'une lame mince et rosée en bas jusqu'à l'épiploon, de côté sur une petite étendue. Les adhérences de la vésicule rendent impossible la cholécystectomie. M. Terrier pratique alors la cholécystostomie avec fixation de l'ouverture de la vésicule aux lèvres de l'incision abdominale et drainage de la vésicule.

La partie inférieure non incisée de la vésicule est fixée à la plaie abdominale par trois fils de soie, au moyen d'un nœud en huit de chiffres. Voici comment M. Terrier pratique ce point de suture : le fil passé dans la paroi antérieure de la vésicule d'une part, et dans le péritoine pariétal et la partie profonde de la couche musculaire de la paroi abdominale dans les deux lèvres de l'incision, d'autre part, est noué. Les deux bouts du fil ne sont pas coupés, mais repris et repassés à travers les couches musculaires et aponévrotiques de chaque côté de l'incision, et renoués dans l'épaisseur de la paroi abdominale au-dessous de la peau qu'ils n'intéressent pas. Ainsi se trouvent liés intimement les uns aux autres la paroi antérieure de la vésicule, le péritoine, et la couche profonde de la paroi par une première anse séro-séreuse, et la paroi musculaire et aponévrotique par une seconde anse musculaire. Un point en huit de chiffre est placé à la partie supérieure.

La vésicule est ainsi bien isolée de la cavité abdominale ; on résèque à peu près la portion décollée de sa paroi antérieure, sur une étendue un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs, on réunit les bords de cette large ouverture aux lèvres de la plaie abdominale par trois gros fils de soie de chaque côté, fils traversant les parois de la vésicule, et liés dans l'épaisseur de la paroi abdominale, n'intéressant donc pas la peau.

La vésicule vidée du reste de son contenu, bile épaissie, trois ou quatre calculs gros comme un pois, nombreux petits calculs, est nettoyée avec des tampons, montés. On ne trouve pas de calcul dans la partie inférieure de la vésicule ni dans l'orifice du canal cystique.

Drainage de la vésicule, suture de la peau, pansement.

Suites. — Le soir même le pansement est traversé par la bile est changé. L'écoulement de bile continue (1^{er} juin), pas de fièvre, vomissements le lendemain de l'intervention. Le 30 mai les selles décolorées depuis l'issue de la bile par la fistule, sont un peu plus foncées, il n'y a plus trace de teinte subictérique, même dans les culs-de-sacs conjonctivaux, les urines sont normales. 27 mai, ablation des fils. 28 mai, un peu d'érythème de la peau.

Etat actuel. — 1^{er} juin, la malade est encore à l'hôpital.

Examen du liquide. — On y a découvert des microbes dont on a fait des ensemencements.

OBS. L. — **Terrillon.** — *Bulletin acad. méd.*, 14 février 1888

Femme 24 ans.

Débuts. — Aucun accident du côté du foie, découverte fortuite il y a deux mois d'une tumeur dans l'hypochondre droit.

Etat. — On trouve du côté droit de l'abdomen une tumeur étendue des fausses côtes jusqu'au dessous de l'ombilic. La peau du ventre est normale, pas de réseaux veineux sous-cutanés, cicatrice ombilicale régulière. On sent une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus, nettement limitée, tendue, rénitente, lisse, mobile de gauche à droite, ne semblant pas suivre les mouvements respiratoires.

A la percussion la matité de la région continue celle du foie, et s'étend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale, ni ictère, ni douleur, ni décoloration des fèces, ni coloration anormale des urines, troubles dyspeptiques, amaigrissement sensation de gêne au niveau de la tumeur.

Diagnostic. — Tumeur du foie, ou dépendant du foie; peut-être de la vésicule, pas de ponction exploratrice.

Opération. — 29 novembre 1886 — Laparotomie, médiane, verticale, de huit centimètres de longueur, ayant l'ombilic pour centre. Découverte sous le bord tranchant du foie d'une tumeur allongée, bleuâtre, fluctuante, ayant l'aspect d'un kyste. Il s'agit de la vésicule biliaire, ponction 250 gr. de liquide clair comme de l'eau, les dernières gouttes sont laiteuses. — Exploration de la région, découverte d'un calcul gros comme une cerise.

Suture de la poche aux angles de l'incision abdominale et incision large du sac, donnant du sang.

Extraction d'un calcul libre, et par morcellement d'un second enclavé à l'orifice du canal cystique. Résection d'une partie du sac, suture des lèvres de l'ouverture aux lèvres de l'incision abdominale, drainage.

Suites. — Pendant un mois fistule biliaire filiforme, écoulement de bile surtout la nuit, au bout de deux mois obstruction complète et définitive de la fistule après deux cautérisations au Paquelin, guérison.

OBS. LI. — Terrillon. — *Bull. soc. chir.* 20 mars 1889

Femme 29 ans.

Débuts. — En 1886, poussée de péritonite localisée à l'épigastrique, à la suite tiraillements et douleur à ce niveau. En 1887 au niveau de l'épigastre tumeur grosse comme le poing; douches, dis-

parition subite de la tumeur, sans accidents et sans douleur, un mois après, retour de la tumeur, sensible à la vue et au toucher, douleurs, tiraillements, affaiblissement de la malade.

Etat. — Juillet 1888 — bosselure comme le poing, médiane, plutôt à gauche, suivant les mouvements respiratoires, plutôt rénitente que fluctuante, jamais d'ictère, ni de décoloration des selles. — Les douleurs et l'amaigrissement de la malade continuent.

Diagnostic. — On hésite entre un kyste hydatique de la face inférieure du foie à cause du siège plutôt à gauche, et une vésicule distendue, à cause de l'évacuation spontanée de la tumeur (1887). 31 juillet: ponction exploratrice 580 gr. de liquide peu coloré, brun jaunâtre.

Opération. — Le 20 août 1888, laparotomie verticale, médiane. Le péritoine n'est pas adhérent à la tumeur qui est bien la vésicule, poche fluctuante, à parois blanches et épaisses. Ponction : 700 gr, de liquide à peine coloré, louche. La poche est adhérente aux parties voisines. Incision de la vésicule, les parois ont environ un centimètre d'épaisseur, la zone extérieure est blanchâtre, dure, a couche interne, colorée, tomenteuse, complètement incrustée de sels calcaires. L'exploration de la poche fait constater que le canal cystique est obstrué, toilette de la poche suturée à la paroi, drain, tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites. — Lavage de la cavité une ou deux fois par jour : jamais d'écoulement de bile, écoulement de moins en moins abondant d'un liquide séreux. Dixième jour, enlèvement des fils ; premier mois, la fistule coule encore ; deuxième mois, état général bon, augmentation de poids de douze livres, douleurs au niveau de la fistule ; troisième mois, la malade sort, lavage quotidien de la cavité ; quatrième mois, injections de teinture d'iode ; cinquième mois la fistule est diminuée de moitié.

Février 1889, 6^e mois, oblitération de la fistule, guérison.

Examen du liquide de la ponction du 31 juillet : éléments de la bile, fibrine, globules sanguins altérés, mucus.

OBS. LII. — **Terrillon.** — *Bull. soc. chir.* 20 mars 1889.

Homme 28 ans.

Debuts en 1887, petite tumeur dans l'hypocondre droit, pas de troubles généraux.

Juillet 1888, ponction d'un kyste hydatique, liquide jaune, 750 gr., utriculaire.

Etat. — Janvier 1889 — accroissement rapide de la tumeur, troubles généraux, subictères, pas de coliques hépatiques, on trouve dans l'hypocondre droit une tumeur d'environ vingt centimètres de diamètre, indolente, fluctuante, lisse.

Diagnostic. — Kyste hydatique, ponction le 19 février, 1,400 gr. de liquide noirâtre. Examen chimique : matières albuminoïdes (fibrine, hydropisine, sérine) acides et pigments biliaires. Examen microscopique : hématies, leucocytes, pas de cholestérine, pas de crochets.

Opération. — La tumeur s'est reformée dès le 24 février. Le 28, laparotomie, tumeur adhérente, ponction 800 gr. de liquide vert, ouverture de la poche : il s'agit de la vésicule biliaire : les parois sont épaissies, la muqueuse hypertrophiée ; lavage de la poche, exploration : le canal cystique est infranchissable, suture de la plaie vésiculaire à la plaie abdominale, drain.

Suites. — Fistule par où s'écoule un liquide muqueux, à peine teinté de vert. Le 12 mars (douzième jour) un peu de fièvre, et égoulement de deux litres de liquide renfermant de la bile, trois débâcles analogues en un mois. Le 2 avril, fièvre, débâcle, issue

dans le liquide d'hydates férides et mortifiées, il en sort pendant cinq jours, 28 août, guérison.

En avril 1892 (trois ans après l'intervention) quelques tiraillements au niveau de la cicatrice.

OBS. LIII. — **Terrillon.** — *Congr. chir.* 1892.

Femme 18 ans.

Débuts. — Depuis plusieurs mois troubles dyspeptiques, pesanteur et douleur au niveau du foie.

Etat. — Tumeur tendue, fluctuante, subictère, pas de coliques hépatiques.

Une ponction donne 700 gr. de liquide teinté en vert, l'analyse chimique y fait découvrir les éléments de la bile, soulagement. Un mois après la ponction, le liquide est reformé.

Opération. — 25 mai 1891. — laparotomie médiane, ponction de la poche, 700 gr. de liquide teinté en vert, incision de la vésicule, où l'on trouve trois calculs. La muqueuse hypertrophiée présente par endroits des grains calcaires adhérents, le canal cystique est infranchissable, suture de la vésicule ouverte à la paroi.

Suite. — La fistule par où il n'a jamais coulé de bile, est fermée en cinq mois.

Un an après (avril 1892) la guérison s'est maintenue.

OBS. LIV. — **Terrillon.** — *Congr. chir.* 1892

Femme 52 ans, 3 enfants.

Débuts. — Depuis neuf ans (date de la dernière grossesse) douleurs à la région sous-hépatique, jamais de vraies coliques hépatiques, jamais d'ictère, selles colorées, les douleurs sont exaspérées par la toux (bronchite chronique). Echec des traitements médicaux.

Etat. — Tumeur isolée, limitée, arrondie, douloureuse à la pression, en continuité avec le foie.

Opération. — 7 juillet 1891. — Laparotomie sur la tumeur, ponction : 250 gr. de liquide citroin. Les parois de la vésicule sont épaissies, l'organe est adhérent et entouré d'une zone de tissus inflammatoires. L'exploration de la face inférieure de la poche ne fait constater la présence d'aucun calcul. On en découvre pas plus en explorant la cavité après incision du sac. La muqueuse épaissie n'est pas altérée, le canal cystique est infranchissable, son exploration ne permet pas d'y constater de calcul. Suture de la plaie vésiculaire à la plaie abdominale.

Suite. — Dans la nuit écoulement de bile presque pure, le lendemain écoulement de mucus blanchâtre. La bile la nuit, le mucus le jour continuent à alterner, et durait encore en avril 1892. Malgré la fistule l'état général s'améliore, les selles sont normales. Toutes les tentatives de cathétérisme sont vaines, bien que la sonde pénètre plus ou moins loin.

Le 22 mars une tentative d'occlusion de la fistule a échoué à cause de la pression de la bile ; le 1^{er} mai, la fistule est fermée.

OBS. LV. — **Vogel.** — (*In Roth. arch. Langenb.*

1885 XXXII 99)

Bloch (*in medizinische Bemerkungen. Berlin 1774*) raconte que Vogel, médecin à Lübeck a ouvert avec succès une vésicule hydropique pleine de calculs.

CHOLECYSTOSTOMIE

Intrapariétale

OBS. LVI. **Bobbs.** — *Transactions of the Indiana State medical Society*, 1868 p. 68

Femme 30 ans.

Débuts. — Depuis 4 ans anémie, pas d'ictère.

Etat. — Tumeur rapidement accrue depuis six mois.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire ? pas de diagnostic ferme. Laparotomie exploratrice.

Opération. — 16 juillet 1867. — Laparotomie médiane sous ombilicale, découverte de la vésicule biliaire formant une tumeur de 12 centimètres de longueur, 5 de large. — Ouverture de la vésicule adhérente à l'épiploon, liquide transparent, opalescent, cinquante petits calculs ronds et lisses, le canal cystique semble obstrué par un calcul, suture de la vésicule fermée à la paroi, pas de fistule.

Suites. — Au bout de huit jours amélioration rapide, en un mois guérison, on sent encore avec le doigt un calcul logé sans doute dans une fossette de la paroi, dix mois après pas de récurrence, quelques douleurs.

OBS. LVII. — **Carmalt.** — *Medical Times* 1886
XLVIII 532

Femme 37 ans.

Débuts. — Depuis plusieurs années pesanteur au niveau de l'hypochondre droit, jamais de troubles biliaires.

Etat. — Tumeur dans la région de la vésicule biliaire.

Diagnostic. — Incertain. A été soignée pour un rein flottant.

Opération. — Laparotomie verticale latérale droite. Découverte de la tumeur qui est la vésicule biliaire. Ponction et aspiration de 128 grammes de mucus, suture de la vésicule, à la paroi et ouverture de la vésicule, extraction de plusieurs calculs, fermeture de la vésicule et de la paroi, pas de fistule.

Suites. — Guérison.

OBS. LVIII. — **Doyen.** — *Arch. prov. de chir.*

1892 p. 166.

Femme 30 ans.

Débuts. — Constipation opiniâtre.

Etat. — Petite tumeur dure dans l'hypochondre droit, aucun symptôme de lithias biliaire.

Diagnostic. — Tumeur de la vésicule biliaire ou du colon.

Opération. — Juin 1891. — Laparotomie latérale sur la tumeur, confirmation du diagnostic d'hydropisie de la vésicule, ponction : liquide clair, incision du sac dont les parois ont environ 3 millimètres d'épaisseur, lavage de la cavité à l'eau phéniquée au 1/20. Exploration de la cavité, extraction à la cuvette d'une douzaine de petits calculs jaune clair, à facettes, cachés par les replis valvulaires du col de la vésicule. Prolongation de l'incision de la vésicule jusqu'au col ; l'exploration du canal cystique montre qu'il y a une série de trois ou quatre renflements renfermant des calculs. On en extrait deux avec la curette de Volkmann, et de longues pinces, le troisième plus volumineux et innaccessible doit être broyé avec les doigts à travers la paroi, et ses fragments qu'il faut aller chercher jusqu'à dix centimètres de profondeur extraits avec la curette. La quatrième est extrait en entier, et le cathétérisme essayé vainement au cours de l'intervention se fait librement. — Pour terminer l'opération l'auteur ferme la vé-

sicule par trois plans de suture figurés dans l'observation ; le troisième plan fixe la vésicule à la paroi abdominale qui est refermée aussi, pas de fistule.

Suites. — Guérison en quinze jours sans élévation de température.

L'auteur rejette dans ce cas la cholécystentérostomie à cause de la perméabilité du cholédoque et de l'absence complète d'ictère. Il proposa la cholécystectomie à cause des lésions des lèvres de l'incision de la vésicule au cours des tentatives d'extraction des calculs et à cause de l'épaisseur des parois.

OBS. LIX. — **Keen.** — *The Amer. J. of med Sciences*, 1879 LXXVII, 575

Femme 60, 6 enfants.

Débuts. — Depuis six mois douleur dans le dos ; depuis deux mois douleur dans l'hypochondre droit ; depuis quatre mois ictère ; depuis quinze jours tumeur énorme occupant la moitié de l'abdomen.

Etat. — Anorexie, vomissements, constipation, ictère, urine acajou, selles argileuses, foie volumineux, étendu de la septième côte à 5 centimètres au-dessous du rebord costal. Au-dessous du bord du foie tumeur ronde, fluctuante descendant jusqu'à un centimètre au-dessous de la ligne biliaire.

Diagnostic. — Obstruction du canal cystique, première ponction, 8 grammes d'un liquide épais renfermant des éléments de la bile, deuxième ponction 40 grammes du même liquide, augmentation de la tumeur et des douleurs.

Opération. — Laparotomie latérale verticale sur la tumeur, la vésicule peu adhérente est attirée dans la plaie, ponctionnée,

250 grammes d'un liquide épais, brun, et ouverte, on en retire 500 grammes du même liquide et des caillots de sang, pas de calculs, on ne trouve pas l'orifice du canal cystique. Suture et fermeture de la vésicule fixée au point correspondant de la plaie abdominale, fermeture de l'abdomen.

Suites. — Mort en trente-six heures, hémorragie, collapsus.

Autopsie. — Voies biliaires dilatées, sauf le canal cystique, on ne trouve ni pierre, ni tumeur, ni rétrécissement cicatriciel. — L'auteur pense qu'il s'agit d'une valvule comme dans certaines hydrophéses.

Le liquide de la poche ne contenait pas plus de 7 0/10 de bile.

OBS. LX. — **Langenbuch.** — *Mercredi médical*
1891, I-11

Femme 30 ans.

Débuts. — Douleurs depuis un mois.

Etat. — Tumeur de la vésicule biliaire grosse comme un œuf d'oie, mobile, dure, très douloureuse à la pression.

Opération. — 17 janvier 1890. — Laparotomie, ouverture de la vésicule, issue d'un liquide gélatineux mélangé avec du pus et de la bile, tuméfaction catarrhale de la muqueuse, extraction de quinze calculs, suture de la vésicule, réunie par un point à la paroi abdominale.

Suites. — Guérison.

OBS. LXI. — **Winkelman.** — *Centralb. f. Chir*
1891, 308

Opération. — Laparotomie, ponction de la vésicule, évacuation de 300 gr. de liquide laiteux renfermant de la cholestérine. On

sent un calcul dans le canal cystique, on le refoule vers la vésicule, ouverture de la vésicule, extraction du calcul, suture de la vésicule réunie à la suture péritoniale, suture de la paroi.

Suites. — Guérison sans complication.

CHOLECYSTOTOMIE

Intrapéritonéale

OBS. LXII. — **Bernays.** — *Weekly medical Review* 1885 XII 350

Femmé 46 ans.

Début. — Coliques hépatiques depuis six ans.

Etat. — Tumeur mobile dans la région de la vésicule biliaire

Diagnostic. — Lithiase biliaire, dilatation de la vésicule biliaire.

Opération. — 31 octobre 1885. — Laparotomie verticale médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, ponction de la vésicule, 500 gr. de mucus. Incision de la vésicule, extraction d'une vingtaine de calculs libres, extraction de calculs enclavés dans le canalcystique après quelques incisions libératrices. Fermeture de la vésicule par sept points profonds et huit points de Lembert. Pas d'antisepsie.

Suites. — Guérison rapide et complète.

OBS. LXIII. — **Courvoisier.** — *Arch. Langenbeck* 1885 XXXII p. 111

Femme 65 ans.

Débuts. — Pas de coliques hépatiques, ictère subit au mois de janvier, apparition rapide d'une grosse tumeur fluctuante, selles blanches, urines foncées.

Etat. — Tumeur pyriforme dans l'hypochondre droit.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule biliaire.

Opération. — 4 mars 1884 -- Laparotomie le long du bord ex-

terne du grand droit, la vésicule attirée est fixée, ponctionnée et incisée, 300 gr. de liquide incolore et muqueux, cent douze petits calculs gros comme des pois sont chassés par l'irrigation de la poche. Le canal cystique est libre, suture et réduction de la vésicule, suture abdominale, drain.

Suites. — 11 mars, cicatrisation de la laparotomie. — 1^{er} avril la malade se lève, persistance de la pâleur des fèces et de la coloration des urines. 21 mai 1885 (au bout d'un an) mort de pneumonie double.

Autopsie. — Atrésie cicatricielle du canal cystique dont le noyau est un petit calcul, et gros calcul dans le cystique comprimant sans doute le canal cholédoque ou le canal hépatique.

OBS. LXIV. — **Küster.** — *Arch. Langenbeck.*
XXXVI 1887, p. 353

Femme 43 ans.

Début. — Depuis quatre mois, tumeur dans l'hypochondre droit, selles normales.

Etat. — Tumeur lisse, grosse comme une tête d'enfant, descendant jusqu'à la région lombaire, ni albumine, ni sucre dans les urines.

Diagnostic. — Hydronéphrose ou hydropisie de la vésicule.

Opération. — 18 septembre 1885. — Laparotomie transversale, parallèle et à trois doigts au-dessous du bord costal droit. Découverte et ponction de la vésicule; 150 gr. de liquide incolore clair, visqueux, incision de la vésicule, extraction d'une pierre, on en sent une autre, et pour l'extraire on prolonge l'incision jusqu'au col, toilette de la vésicule, suture en deux plans de la paroi, réduction et abandon de la vésicule, suture en trois plans de la paroi.

Suites. — Le douzième jour on enlève les fils, guérison. Depuis on a senti se former une tumeur qui est sans doute la vésicule pleine de sang, puis cette tumeur a diminué progressivement. Un an et demi après bonne santé.

OBS. LXV. — **Léonte.** — *Congr. chir.* 1892

Femme 23 ans.

Débuts. — Depuis huit ans douleurs tous les mois, anorexie, vomissements, pesanteur au niveau de l'hypochondre droit. — Janvier 1892. — Une de ces crises dure cinq jours.

Etat. — Le foie est un peu augmenté de volume et l'on sent au-dessous une tumeur ovale grosse comme un citron, ne faisant pas saillie à la paroi. Elle est mobile, sensible, un peu fluctuante, mate. Une ponction avec la seringue de Pravaz donne un liquide clair, visqueux, ne renfermant pas de bile. Les urines et les selles sont normales. Troubles dyspeptiques, débilité, pâleur, anorexie, constipation. Echec des traitements médicaux.

Opération. — 2 février 1892. — Laparotomie latérale droite, suture du péritoine aux lèvres de l'incision, l'exploration de la vésicule qui est libre et du canal cystique montre qu'il y a dans le canal un calcul que l'on refoule dans la vésicule, où en est déjà un flottant. D'une main les calculs sont fixés dans la vésicule, de l'autre on chasse le liquide vers l'intestin, le canal cystique et le canal cholédoque sont donc libres, et le cathétérisme inutile. Incision de la vésicule : 100 gr. de liquide clair filant ; la vésicule a des parois minces, non altérés. Elle est suturée au catgène (deux étages) et réduite. L'abdomen est refermé. L'opération a duré quinze minutes.

Suites. — Bonnes, ni douleurs, ni tumeur.

OBS. LXVI. — **Mac Gill.** — *Brit. med. J.* 1884, II,

1142

Homme.

Etat. — Tumeur dans l'hypochondre droit suivant les mouvements respiratoires.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule biliaire.

Opération. — Laparotomie. Evacuation de 200 gr. de liquide. Un gros calcul repoussé par pression externe du canal cystique dans la vésicule est extrait. Le canal cystique est perméable, fermeture immédiate de la vésicule suturée à la paroi.

Suites. — Guérison en vingt jours.

OBS. LXVII. — **Meredith.** — *Brit. med. J.* 1885 I 431

Femme 59 ans.

Débuts. — Douleurs de la région sous hépatique depuis dix-huit mois, pas de coliques hépatiques, pas de jaunisse.

Etat. — Tumeur adhérente au foie, douloureuse à la pression.

Diagnostic. — Obstruction du canal cystique par un calcul.

Opération. — 30 juin 1883. Laparotomie au bord externe du droit antérieur. Ponction et aspiration du liquide, extraction de quelques petits calculs, de la vésicule et du canal cystique après incision du sac ; suture et abandon de la vésicule.

Suites. — Mort en quarante-huit heures.

Autopsie. — La suture de la vésicule est réunie, et la vésicule retient les liquides qui y sont injectés. Coloration biliaire de la cavité abdominale. L'auteur attribue la mort à une congestion aiguë des reins.

OBS. LXVIII. — **Rose.** — *Deutsche Zeitschrift. f. Chir.* 1890-91, XXXI-480

Femme 31 ans.

Débuts. — Coliques hépatiques depuis quelques jours.

Etat. — Tumeur arrondie dans l'hypochondre droit.

Diagnostic. — Distension de la vésicule biliaire.

Opération. — 17 février 1890. Laparotomie transversale, ouverture de la vésicule biliaire renfermant de la bile mêlée à du mucus visqueux et à des calculs. Le canal cystique est oblitéré par des calculs ramenés dans la vésicule; extraction de soixante-dix-neuf calculs, suture de la vésicule, réduction, suture de la paroi.

Suites. — En deux mois (19 avril) guérison complète.

A la suite de cette observation l'auteur discute les indications : La cholécystectomie peut être évitée s'il n'y a pas de tumeur maligne, mais est indiquée en cas d'oblitération absolue du canal cystique, ou bien si la cholécystostomie est impossible; la cholécystotomie amène la guérison et deux, trois semaines, et est indiquée si les voies biliaires sont perméables. La cholécystostomie est indiquée si le canal cystique étant obstrué, la cholécystectomie est impossible; ce n'est pas une opération radicale, la perte de bile peut fatiguer beaucoup le malade; d'autre part l'élimination de l'obstacle peut amener la fermeture de la fistule, même spontanée; le cathétérisme est le seul moyen d'apprécier la perméabilité des voies biliaires.

OBS. LXIX. — **Voigt.** — *Deutsche. med. Wochenschrift.* 1890. XVI-766.

Homme 24 ans.

Débuts. — Depuis quatre jours, douleurs subites, pas d'ictère.

Etat. — Fièvre, 39-2 ; douleurs, vomissements, pas d'évacuations alvines.

Diagnostic. — Péritonite par perforation.

Opération. — Laparotomie médiane. On tombe sur la vésicule grosse comme un œuf, et sur le canal cystique gros comme le doigt obstrué par un calcul arrêté tout près du canal cholédoque. On refoule le calcul dans la vésicule où il y en a déjà quatre autres. On referme la paroi abdominale. Deuxième laparotomie transversale parallèle au bord du foie, on attire la vésicule, on l'ouvre, on la lave, on la referme par six points n'intéressant pas la muqueuse, on la réduit, et on referme la deuxième laparotomie.

Suites. — Pendant cinq jours quelques douleurs. En vingt et un jours, la guérison est complète. Ce cas est cité avec douze autres observations de cholécystotomie intrapéritonéale, toutes suivies de succès et pratiquées de 1887 à 1890.

CHOLÉCYSTECTOMIE

OBS. LXX. — **Courvoisier.** — *Arch. Langenbeck* 1885. XXXII. 113.

Femme 48 ans.

Débuts. — Avril 1883. Douleurs dans l'hypochondre droit survenant et disparaissant, anorexie, maigreur, urines sombres sans pigments biliaires, selles normales, démangeaisons.

Etat. — Février 1884. Tumeur mobile, grosse comme un œuf d'oie, pas d'ictère.

Opération. — 6 juin 1884. Laparotomie verticale latérale droite. Exploration de la vésicule. On sent un gros calcul dans le canal cystique. Luxation de la vésicule hors de l'abdomen, ponction avec un bistouri, issue d'un liquide clair opalescent, à peine des traces de bile, isolement lent de la vésicule (une demi-heure) nécessitant quinze ligatures, ligature du canal cystique à 1 cent. au-delà de la dernière concrétion, le fil traversant le canal, extirpation de la vésicule. Suture de la paroi, drainage de la cavité péritonéale.

Suites. — 7 juin. Un peu de bile dans le pansement, provenant sans doute de la surface du foie, 8 juin, pas de bile, 17 juin, la malade peut se lever une heure, suppression du drain, 19 juin, un peu de pus séreux par la fistule laissée par le drain, 1^{er} juillet, on touche la fistulette au crayon, 25 juillet, exeat guéri, 15 octobre, bon état général.

Examen de la pièce. — La vésicule mesure, vide au 2/3, 13 cent. de long sur 5 de large, un calcul de 2 cent. de diamètre bouche le col, quatre autres sont flottants dans la vésicule. Les parois sont épaisses enflammées, la muqueuse rouge présente quelques végétations au niveau du col, et une petite cicatrice.

OBS. LXXI. — **Crédé.** — *Centralbl. Chir.* 1888,
p. 807

Femme 29 ans.

Débuts. — Coliques hépatiques depuis onze ans.

Etat. — Depuis un mois une tumeur s'est formée dans l'hypochondre droit, amaigrissement.

Opération. — 23 novembre 1887. Laparotomie, découverte et isolement difficile de la vésicule, extirpation de la vésicule, longue de 15 cent. et contenant 150 gr. de liquide muqueux et quarante pierres, fermeture de la paroi.

Suites. — Au cinquième jour on doit rouvrir la plaie pour enlever du sang et du pus, puis guérison rapide et complète.

OBS. LXXII. — **Kocher.** — *Deutsche med. Wochenschrift.* 1890 13, 253.

Femme 34 ans.

Débuts. — Névralgie, dyspepsie.

Etat. — Tumeur biliaire, rein droit mobile.

Opération. — Laparotomie, découverte de la vésicule, obstruction du canal cystique par un calcul, la vésicule qui contient un liquide clair et incolore est facilement extirpée, pas d'adhérences, on ne touche pas au rein.

Suites. — Guérison, amélioration considérable de l'état antérieur.

OBS. LXXIII. — **Krœnlein.** — *Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte* 1886, n. 8.

Femme 34 ans.

Etat. — Tumeur pyriforme dans l'hypochondre droit, rénitente.

élastique, lisse, suivant les mouvements de respiration, large de 7 cent., long de 17 cent. Son extrémité inférieure mobile atteint la symphise. Développement rapide. Selles normales, vomissements.

Opération. — 28 octobre 1885. Laparotomie verticale latérale droite, le long du bord externe du droit antérieur partant des fausses côtes, longue de 13 cent. La tumeur est très mobile, et est formée par la vésicule. Isolement de la vésicule et du foie (dix ligatures), un calcul gros comme une noisette ferme l'orifice du canal cystique, incision de la vésicule hors du péritoine : 150 gr. liquide blanc filant. On extrait deux calculs libres, le troisième engagé dans le canal cystique ne peut être enlevé. On lie le canal cystique au-delà du calcul, on incise le canal, on retire le calcul, quelques gouttes de bile. Extirpation de la vésicule, toilette du pédicule, suture continue du péritoine au catgut. Suture de la paroi.

Suites. — Collapsus, injection d'éther, vomissement de bile, quatorzième jour première garde robe, vingt-et-unième jour se lève, santé parfaite, augmentation de poids de 11 livres.

Analyse du liquide. — Ni acide, ni pigments biliaires.

OBS. LXXIV. — **Langenbuch.** — *Berlin. klin. Wochenschrift.* 1886. 41-42.

Début. — Il s'agissait d'une cholecystostomie faite pour un cas de lithiase biliaire.

Etat. — Fistule par où s'écoule chaque jour environ 100 gr. de liquide clair, hydropisie de la vésicule persistante, on constate la présence d'un calcul dans le canal cystique, vomissements persistants.

Opération. — Cholécysectomie, sans autre détail.

Suite. — Guérison.

« L'auteur fait remarquer que le fait que ce calcul est resté si longtemps prouve qu'il ne s'en ira pas tout seul, que la vésicule est inutile puisque la bile n'y pénètre plus, que cette fistule persistante est une cause d'affaiblissement, que la cholécystostomie a été insuffisante, et que la persistance des vomissements et de la tumeur exige une intervention.

OBS. LXXV. — **Langenbuch.** — *In Mém. de Page,*
p. 58

Femme 53 ans.

Débuts. — Coliques hépatiques et ictère depuis plusieurs années.

Opération. — 1^{er} septembre 1886. Il extirpe la vésicule qui renferme du liquide et des calculs, après y avoir refoulé deux calculs logés dans le canal cystique. Le canal cholédoque est perméable.

Suites. — Guérison au bout d'un mois.

OBS. LXXVI. — **Léonte.** — *Cong. chir.* 1892

Femme 40 ans.

Débuts. — Décembre 1890. Coliques hépatiques. Janvier 1891, nouvelle crise. Mars 1891, 3^e attaque avec mouvement fébrile, sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit, puis apparition d'une tumeur, pas d'ictère.

Etat. — Avril 1891. Etat général bon, pas d'ictère, selles et urines normales, dans l'hypochondre droit on sent une tumeur

continue avec le foie, rénitente, sensible à la pression, descendant à 10 cent. au-dessous du bord costal. Une ponction avec la seringue de Pravaz donne un liquide clair, visqueux, sans éléments biliaires.

Diagnostic. — Kyste du pancréas.

1^{re} Opération. — 25 avril 1891. Laparotomie médiane. Il s'agit de la vésicule biliaire. La tumeur adhérente ne peut pas être énucléée, elle est suturée à la paroi et ouverte. On retire 300 gr. de liquide clair muqueux, visqueux, lavage de la poche tamponnement et pansement.

Suites. — La fistule donne du mucus, pas de bile, le cathétérisme du canal cystique est essayé en vain à plusieurs reprises; une fois on sent un calcul qui est extrait avec une pince après dilatation à la laminaire de l'orifice fistuleux; le cathétérisme ne peut pas encore être fait. 25 août. Exeat avec une fistulette muqueuse. 25 octobre, la malade rentre à l'hôpital, la fistule s'est fermée, et les douleurs ont disparu.

2^e Opération. — En face de cette vésicule inutile et même dangereuse, et du canal cystique imperméable, la cholécystectomie est décidée. Laparotomie et excision de la cicatrice, libération de la vésicule poussée le plus loin possible, excision de plus des trois quarts de la poche, suture du reste à la paroi abdominale, raclage et cautérisation de la muqueuse. Le cathétérisme du canal cystique est toujours impossible.

Suites. — Guérison rapide.

OBS. LXXVII. — **Matlakowski.** — *Gazeta Lekarska* 1891. p. 481.

Femme 22 ans.

Débuts. — Depuis un an douleurs et amaigrissement.

Etat. — La douleur s'est accrue subitement. L'examen sous le chloroforme permet de reconnaître dans l'hypochondre gauche, une tumeur mobile latéralement, grosse comme une tête d'enfant, donnant à la percussion un son tympanique.

Première opération. — Laparotomie le long du bord du droit antérieur, découverte de la vésicule, ponction : 750 grammes de liquide séropurulent, ouverture de la poche et fixation à la paroi.

Suites. — Le vingt-et-unième jour il sort trois calculs. Ensuite si la fistule tend à se fermer les douleurs reprennent.

Deuxième opération. — A cause de la fistule rebelle on décide la cholécystectomie : extirpation de la vésicule, fixation du pédicule dans la plaie abdominale.

Suites. — Le sixième jour un peu de bile dans le pansement, guérison parfaite.

OBS. LXXVIII. — *Communiquée* par M. le Dr
Monod.

Homme 44 ans.

Etat. — Le malade entre à l'hôpital porteur d'une tumeur dans le flanc droit, siégeant sous le bord externe du muscle droit de l'abdomen, au niveau de l'ombilic qu'elle déborde largement en bas. Sa forme rappelle vaguement celle du rein, sa surface est lisse. La tumeur siège trop profondément pour qu'on puisse apprécier nettement sa consistance, mais elle ne paraît aucunement fluctuante. Elle n'est pas douloureuse à la pression, est un peu mobile de droite à gauche, surtout de haut en bas, et se laisse refouler en haut plutôt vers le foie que vers le rein. Elle n'est pas appréciable par le palper lombaire, et ne se déplace pas dans les mouvements respiratoires, le fait a été vérifié au cours de l'opération. Aucun trouble fonctionnel, et surtout aucun trouble pou-

vant être mis au compte de l'affection calculaire du foie (ictère, colique, etc.)

Diagnostic. — Le diagnostic reste incertain, et le malade quoique amaigri ne présente pas la teinte dite cachectique. Quoiqu'il se plaigne d'avoir de temps à autre des mictions douloureuses, les urines sont normales. On s'arrête aux diagnostics de tumeur du rein ou de l'épiploon, ou de dilatation de la vésicule biliaire. La laparotomie exploratrice est préférée à la ponction.

Opération. — Le 12 janvier 1893. Laparotomie médiane, sous ombilicale, de 4 à 5 centimètres de long, puis prolongée sur une même étendue au-dessus de l'ombilic.

L'abdomen ouvert, et les anses intestinales écartées, on aperçoit derrière elles une tumeur gris blanchâtre, tendue, ayant toutes les apparences d'une tumeur kystique.

L'idée d'un kyste hydatique vient naturellement à l'esprit et paraît tout d'abord confirmée par la ponction de la tumeur qui donne issue à 250 grammes d'un liquide clair et transparent comme de l'eau de roche. La cavité évacuée et l'orifice de la ponction obliteré par une pince, je recherche les connexions de la tumeur afin de voir si elle pourrait être enlevée complètement ou s'il faut se contenter d'en fixer les bords à la plaie abdominale. C'est en procédant à cette exploration que je constate d'une part que la tumeur s'enfonce profondément sous le foie, et que d'autre part dans cette partie profonde existe des corps saillants, durs, mobiles les uns sur les autres, donnant une sensation analogue à celles de billes roulant dans le sac qui les renferme. Ce fait montrait bien que l'on se trouvait en présence non d'un kyste, mais d'une vésicule biliaire contenant des calculs. J'attire alors dans la plaie, et hors de l'abdomen l'extrémité inférieure de la poche, je l'ouvre largement, les parois sont épaissies, et je peux sans peine par une série de pressions amener au dehors tous mes cal-

culs qui sont déversés sur la paroi abdominale, sans qu'une goutte de liquide tombe dans la cavité péritonéale. J'extrais ainsi 232 calculs à facettes de la taille d'une lentille à celle d'une noisette. L'exploration de la cavité montre qu'elle ne renferme plus de calculs; en particulier je n'en trouve pas dans le canal cystique. Constatant que le liquide évacué par la ponction ne contenait pas trace de bile, et qu'aucun liquide ne s'écoulait par la vésicule ouverte, me souvenant enfin que le malade n'avait à aucun moment ressenti de troubles du côté des voies biliaires, je me sens en droit de conclure que l'oblitération du canal cystique était complète ou en tous cas suffisante pour donner à la suture le temps d'assurer une fermeture solide de la plaie vésiculaire. Je ne fixe donc pas la vésicule préférant l'extirper, c'est-à-dire pratiquer la cholécystectomie de préférence à la cholécystostomie. La vésicule est saisie en travers avec un clamp posé le plus près possible du col, et la portion située en avant de la pince est réséquée. Lâchant le clamp je saisis avec des pinces les bords de la plaie vésiculaire et ferme l'ouverture par deux plans de sutures au catgut, plan mucomuqueux, et séroséreux (point de Lambert) les points du plan séroséreux étant très rapprochés. Les fils coupés, le moignon s'enfonce profondément sous le foie; fermeture de la paroi abdominale par trois plans de sutures, pansement sans drain à la gaze iodoformée.

Suites — Aucune réaction locale ou générale, le pansement est changé le neuvième jour: on enlève les fils, la réunion est complète. Le vingt-sixième jour le malade complètement guéri est présenté à l'Académie de médecine (7 février). En mars le malade revu jouit d'une excellente santé.

OBS. LXXIX. — **Ohage.** — *Medical News*, 19 février 1887.

Femme 35 ans.

Débuts. — Depuis trois ans, coliques hépatiques, quelquefois de l'ulère ; depuis trois mois la douleur est constante.

Etat. — Tumeur dans l'hypocondre droit.

Diagnostic. — Rein flottant ou kyste hydatique.

Opération. — Laparotomie, découverte de la vésicule distendue, à parois épaisses, un calcul logé dans le canal cystique, est amené par manœuvres externes dans la vésicule, ligature à la soie du canal cystique, ponction de la vésicule, donnant environ un litre de liquide séreux, clair ; extirpation de la vésicule renfermant cent trente-cinq calculs. — Suture de la paroi sans drainage.

Suites. — Guérison en huit jours, réunion par première intention, le quatorzième jour la malade se lève.

OBS. LXXX. — **Périer.** — *Bulletin de l'Acad. de méd.* 10 octobre 1890.

Femme 21 ans.

Etat. — Tumeur ronde, flottant au-dessous de l'ombilic loin du foie.

Diagnostic. — Kyste hydatique, une ponction donne 250 gr. de liquide analogue à celui des kystes séreux, on pense qu'il s'agit d'un kyste du mésentère.

Opération. — Juillet 1890. — Laparotomie, découverte d'une vésicule distendue, et du canal cystique obstrué par un calcul. Ligature du canal cystique, résection de la vésicule, suture et abandon du moignon. Pas de drainage.

Suite. — Guérison.

OBS. LXXXI. — Sprengel. — Arch. Langeubeck,
1891 XLII 551.

Femme 40 ans.

Débuts. — Depuis plusieurs mois, crises douloureuses, pas d'ictère.

Etat. — Santé très altérée, incapacité de travailler.

Première opération. — Laparatomie verticale latérale droite. — Hernie de la vésicule pas très distendue, mais à parois très épaissies, dures, presque érectiles. On ne sent pas de pierres dans la vésicule, mais on en sent une située au confluent d'un petit canal, et d'un plus volumineux qui semble être la jonction du cholédoque et du duodenum. On refoule la pierre dans l'intestin, on recoud la paroi.

Suites. — Trois semaines après retour des accidents, ictère très marqué.

Deuxième opération. — La cholécystectomie est décidée. Même incision, même état de la vésicule qui ne renferme pas de calculs, mais on en retrouve un à ce même point que l'on croyait être la jonction du cholédoque et du duodenum. C'était en réalité le canal cystique qui se jetait dans un cholédoque très dilaté. Il existe encore un calcul dans le canal hépatique. L'auteur refoule les deux calculs dans la vésicule et établit une large communication entre le canal cholédoque et le duodenum (cholédochoentérostomie) pour éviter toute stase biliaire et toute formation de calcul dans ce canal dilaté. Il extirpe la vésicule, et referme l'abdomen. Pas de drain.

Suites. — Trois mois après l'opération, la malade va très bien. Aucun accident local ou général. La malade a gagné dix livres.

OBS. LXXXII. — **Terrier.** — *Bull. et mém. Soc. chir.* 30 avril 1890.

Femme 47 ans.

Débuts. — Depuis dix ans troubles gastriques, pas d'ictère, depuis trois mois, douleurs constantes, irradiées à l'épaule droite et à l'ombilie.

Etat. — Le foie est augmenté de volume. On sent une tumeur dure, douloureuse, mesurant environ 10 centimètres sur 6 centimètres. Les selles sont normales.

Diagnostic. — Dilatation de la vésicule.

Opération. — 15 avril 1890 — Laparotomie latérale, droite. verticale, de 12 à 15 centimètres ; découverte et isolement de la vésicule adhérente à l'intestin. La ponction donne 120 gr. de liquide b'anchâtre, ouverture large de la vésicule, les lèvres sont saisies avec des pinces ; toilette de la poche. On ne peut enlever un calcul fixé dans le canal cystique, la cholécystectomie est décidée. Le canal cystique très friable laisse échapper le calcul. Ligature du canal cystique, excision de la vésicule, toilette du moignon. M. Terrier isole le champ opératoire de la grande cavité abdominale en suturant deux replis du péritoine, formant une sorte de canal. Drainage ; le sang semble coloré par de la bile. Pansement au salol.

Suites. — Ecoulement de bile qui diminue vers le 20 avril (cinquième jour) et est remplacé par de la sérosité le 21 (sixième jour), 24 avril (le neuvième jour) suppression du drain, 30 avril (seizième jour) guérison.

M. Terrier pense que l'écoulement de bile est dû à la rupture du canal systique par le fil, tandis que M. Tillaux l'attribue dans ce cas au traumatisme de la face inférieure du foie au cours de l'intervention.

OBS. LXXXIII. — **Terrier.** — *Bull. de l'Acad. de méd.* 3 septembre 1890.

Femme 55 ans.

Débuts. — Coliques hépatiques depuis vingt ans. Depuis décembre 1889 crises plus intenses.

Etat. — Tumeur de la vésicule biliaire.

Opération. — 7 juillet 1890. Laparotomie. On découvre la tumeur peu adhérente à l'épiploon. Ponction : 250 gr. de liquide visqueux à peine teinté de jaune. Isolation de la vésicule, ouverture, et extraction de calculs de cholestérine, dont un siégeant près du col est morcelé, écoulement de liquide muqueux. Ligature du canal cystique au niveau du col et ablation de la vésicule. Toilette de la plaie. Suture du péritoine et de la paroi, drain du moignon à la peau. Pansement au salol.

Suites. — 8 juillet écoulement de bile. 3 août. Il ne coule plus de bile, suppression du drain, 9 août guérison. — Vingt mois après (congr. chir. 1892) la malade revue, va bien, sauf une ventration.

OBS. LXXXIV. — **Terrier.** — *Bull. de l'acad. de méd.* 10 juin 1891.

Femme 45 ans, 3 enfants.

Débuts. — Douleurs dans l'hypochondre gauche depuis dix-sept ans. Novembre 1890. Douleurs dans l'hypochondre droit, avec mouvement fébril, tuméfaction de la région, constipation. Ni coliques hépatiques, ni ictere. Janvier 1891 reprise des douleurs.

Etat. — Avril 1891. On sent sous le rebord costal droit une tumeur dure, inégale, arrondie, atteignant presque l'ombilic, peu

sensible, suivant les mouvements respiratoires ; ni ballotement, ni matité absolue. Dilatation de l'estomac.

Opération. — 2 mai 1891. Laparotomie médiane. La vésicule forme une masse dure lobulée adhérente ; elle se déchire au cours des tentatives d'isolement, issue d'un liquide clair, filant, avec quelques stries puriformes. Incision large de la poche, extraction d'un premier calcul libre, d'un deuxième par une incision au niveau du col, où il y en a un troisième qu'on extrait par une seconde incision au niveau du col après isolement de la vésicule. Le canal cystique est complètement oblitéré, et la bile ne reflue pas vers la plaie ; ligature du col, extirpation de la vésicule, et cautérisation au Paquelin du moignon. Drain.

Suites. — 3 mai vomissement bilieux. 5 mai (3^e jour) un peu d'ictère. 17 mai suppression du drain, 30 mai guérison. Avril 1892 (congr. chir.) état général bon, douleur à la pression en dehors et en haut de la cicatrice.

OBS. LXXXV. — **Terrillon.** — *Cong. chir.* 92

Homme 37 ans.

Début. — Troubles du côté du foie et de l'estomac, en 1889 et 1890 deux crises de coliques hépatiques avec ictère depuis un an, douleurs fixes sous les fausses côtes. Août 1890, tuméfaction manifeste.

Etat. — Tumeur arrondie, fluctuante, semblant plus étendue dans le sens vertical, grosse comme le poing ; subictère.

Opération. — 15 août 1890, laparotomie verticale latérale, ponction de la vésicule lisse et tendue, 300 gr. d'un liquide un peu teinté par de la bile, ouverture large du sac, extraction de quarante-sept calculs gros comme des pois, extraction d'un cal-

cul du canal cystique, le canal cystique indépendant du foie est lié et sectionné au thermocautère, pas de drain.

Suites. — Deux ans après la guérison s'est maintenue.

OBS. LXXXVI—**Thiriar.** — *Bullet. de l'Académie royale de Belgique* 1885, XIX, 1

Femme 44 ans.

Début. — Coliques hépatiques depuis très longtemps.

Opération. — Incision en équerre de la paroi, isolement pénible de la vésicule dilatée par du liquide, ligature du canal cystique, extirpation de la vésicule, suture du moignon, suture de la paroi.

Suites. — Guérison en dix jours.

CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE

OBS. LXXXVII. — **Tischendorf.** — XVI^e *Congrès chir. Allemand.*

Femme.

Etat. — Tumeur énorme du côté droit.

Diagnostic. — Tumeur maligne du rein.

Opération. — 1886. Laparotomie. Isolement du rein droit solidement adhérent à la vésicule par des brides cicatricielles, néphrorrhaphie, extirpation de la vésicule hydropique renfermant quarante-deux calculs.

Suites. — Depuis quatre mois qu'est faite l'opération la santé est parfaite.

OBS. LXXXVIII. — **Blattmann.** — *Revue des sciences médicales*, XXXVI, 636.

Femme 62 ans.

Debuts. — Depuis six mois frissons, ictère de plus en plus marqué, selles diarrhéiques et pâles, urines biliaires, soif, amaigrissement; disparition de la fièvre après les frissons du début, appétit conservé.

Etat. — Foie gros, indolore, tumeur de la vésicule biliaire.

Diagnostic. — Occlusion du canal cholédoque.

Opération. — 28 avril 1888. Laparotomie. Découverte à l'orifice duodénal du cholédoque d'une petite tumeur dure, bosselée, immobile, et à l'orifice vésiculaire du canal cystique d'un calcul gros comme un œuf de pigeon qui est refoulé dans la vésicule. L'incision de la vésicule donne un liquide comme de l'eau. Extraction du calcul. On pratique la cholécystentérostomie. Fermeture de l'abdomen.

Suites. — 1^{er} mai (troisième jour) hématome souscutané considérable provenant d'une bride épiploïque sectionnée entre deux ligatures ; évacuation des caillots, on referme la plaie drainée à l'angle inférieur. 8 mai (dixième jour) mort.

Autopsie. — Pas de pus. La suture cholécystentérique est intacte. Le canal cholédoque très dilaté, renferme très peu de bile, et est obstrué par un petit carcinôme qui ne permet le passage que d'un stylet très fin. Pas d'autres cancers.

CONCLUSIONS

L'hydropisie de la vésicule biliaire est une tumeur due à une occlusion complète et permanente du canal cystique.

Cette tumeur peut déterminer à des degrés variables des douleurs, de la gêne mécanique des mouvements respiratoires, des troubles de la digestion et même de l'hypochondrie et des désordres psychiques.

Cette tumeur peut entraîner plus ou moins vite la mort du malade, quelquefois, subitement par transformation purulente du contenu ou rupture du sac.

La marche progressive de l'affection nécessite une intervention chirurgicale.

L'opération sera pratiquée le plus tôt possible, comme le seul moyen de poser un diagnostic ferme dans un grand nombre de cas, et pour éviter des accidents que l'on a vu éclater même avec des tumeurs de petit volume.

On a proposé quatre opérations :

La cholécystostomie,

La cholécystotomie,

La cholécystectomie,

La cholécystentérostomie.

La cholécystostomie est l'opération de choix dans tous les cas d'hydropisie de la vésicule biliaire accompagnés d'ictère, ou, lors même qu'il n'y aurait jamais eu d'ictère, si l'on ne peut s'assurer de la perméabilité absolue des voies biliaires.

La cholécystotomie est indiquée s'il n'y a pas eu d'ictère, et si actuellement la vésicule est saine, le liquide non purulent, les voies biliaires perméables.

La cholécystectomie est indiquée s'il y a transformation en un cordon plein du canal cystique, ou bien si le canal cystique étant libre rien ne permet de supposer un obstacle quelconque au cours de la bile dans le cholédoque et si les parois du sac sont altérées.

La cholécystentérostomie ne semble pas indiquée puisque le canal cystique est fermé. Dans le cas où le canal cholédoque serait obstrué en même temps que le canal cystique les accidents de rétention biliaire et non l'hydropisie de la vésicule déterminent l'opération.

Ces diverses opérations sont légitimées par les succès qu'elles ont donnés.

Vu : *le Président,*
TERRIER.

BIBLIOGRAPHIE

Les indications bibliographiques des observations citées dans la thèse ne sont pas toutes répétées à cette table.

Traité, Dictionnaires, Thèses et Mémoires

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Traité classiques d'anatomie et de pathologie.

Beaunis. — Eléments de physiologie.

Blaise. — Th. Nancy, 1893.

Calot. — Th. Paris, 1890. De la cholécystectomie.

Carré. — Th. Paris, 1833.

Chaput. — Technique et indication des opérations sur l'estomac, l'intestin et les voies biliaires, 1892.

Cruveilhier. — Anatomie descriptive.

Courvoisier. — Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege, Leipsig, 1890.

Chauffard. — in Traité de médecine.

Charcot. — Leçons sur les maladies des voies biliaires.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique.

Delagenière. — De la cholécystentérostomie. Th. Paris, 1890.

Denucé. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Th. Paris, 1886.

Dupré. — Les infections biliaires. Th. Paris, 1891.

Delbecq. — Lésions de la vésicule dans la lithiase biliaire. Th. Paris, 1892.

Duriau. — De la taille biliaire. Th. Paris, 1885.

De Page. — De l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Bruxelles, 1889.

Debierre. — Manuel d'embryologie humaine et comparée.

Dujardin Beaumetz. — Leçons de clinique thérapeutique.

Fauconneau Dufresne. — Traité de l'affection calculeuse du foie, 1851.

Frerichs. — Traité pratique des maladies du foie, des vaisseaux hépatiques et des voies biliaires.

Gruttner. — Ueber Gallenblasenchirurgie. Th. Bonn 1889.

Gegenbauer. — Traité d'anatomie comparée.

Harley. — Diseases of the Liver, Londres 1883.

Kellendruk. — Zur operativen Beseitigung der Gallensteine. Th. Wurtzbourg 1885.

Kleiber. — Extirpation der Gallenblase. Th. Greifswald 1892.

Koelliker. — Traité d'Embryologie.

Létienne. — De la bile à l'état normal et pathologique, Th. Paris 1891.

Lévy. — Zwei Falle von cholecystotomie. Th. Königsberg 1889.

- Lancereax**. — Anatomie pathologique.
- Morin**. — Epithélioma primitif de la vésicule biliaire.
Th. Paris 1891.
- Morris**. — Encyclopédie de chirurgie, VI.
- Mossé**. — Accidents de la lithiase biliaire. Th. Paris 1880.
- Murchison**. — Maladies du foie.
- Nussbaum**. — Deutsche Chirurgie. Vol. 44.
- Puech**. — Th. Paris 1879.
- Patella**. — Trattato delle malattie del fegato e delle vie biliari, Milan 1892.
- Paturet**. — De la cholécystentérostomie. Th. Paris 1893.
- Portas**. — Maladies du foie.
- Quinquaud**. — Affections du foie.
- Richet**. — Anatomie topographique.
- Stauff**. — Ist die Extirpation der Gallenblase nach Langenbuch in Wirklichkeit die ungefährlichste der Laparotomien. Th. Cologne 1885.
- Sappey**. — Anatomie descriptive.
- Segond**. — in Traité de chirurgie.
- Sebastian**. — De hydrope vesicæ feliæ. Th. Heidelberg 1828.
- Tissier**. — Th. Paris 1889.
- Testut**. — Anatomie descriptive.
- Tillaux**. — Anatomie topographique.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

- Congrès français**. — 1883, Thiriar, Bœkel. — 1888, Thiriar, Vincent. — 1889, Michaux. — 1891, Périer. — 1892,

Terrillon, Bœkel, Duret, Léonte, Michaux, Terrier.

Congrès Anglais. — Londres 1881.

Congrès Allemand. — 1883, Langenbuch. — 1887, Tillmanns, Tischendorf. — 1889, Crédé, Thiem. — 1891, Sprengel.

Congrès Italien. — 1887.

REVUES et JOURNAUX

Anatomie. — Physiologie. — Développement

Anomalies

Hartmann. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, juillet 1890.

Follet. — Absence de la vésicule, Académie de médecine, 25 mars 1828.

Stamm. — Absence de la vésicule, Journal of American medical Association 1888, X, 388.

Brown. — Absence de la vésicule, Saint-Louis Courier of medicine 1887, XVIII, 1536.

Thomson. — Oblitération congénitale des voies biliaires, Edinburgh medical Journal 1891-1882, XXXVII, 523 et suite.

Anatomie pathologique — Bactériologie

Janowski. — Modifications anatomiques de la V. B. Beiträge zur pathologischen Anatomie zur und allgemeinen Pathologie, 1891, X, 449 et Gazeta lekarska 1891, XI 95, 128, 163, 182, 201.

Neumeister. — Sur une substance particulière, analogue à du blanc d'œuf, dans une V. B dilatée. Sitzungsberichte der physikalisch medicinischen Gesellschaft zu Würzburg, 1890, p. 41.

Leloir. — Calcification des parois de la V. B. Bulletin de la société anatomique de Paris, 1881, LVI, 444.

Gilbert. — **Girode.** — **Charrin.** — **Roger.** — Infections biliaires. Comptes-rendus de la société de biologie 1890, II, 739. III 217, 1892, 9, 45, 189.

Létienne. — Archives générales de médecine 1891. XXVIII 7-39.

Maunyn. — Archives générales de médecine 1891. XXVIII 7-41.

Hydropisie de la vésicule

ÉTILOGIE. — DIAGNOSTIC

Von Schrötter. — Hydropisie de la V. B. par cancer. Aerzlicher Bericht des K. K. Allgemeinen Krankenhauses zu Wien. 1883.

Kofmokl. — Hydropisie de la V. B. Anzeiger des K. K. Gesellschaft de Aerzte in Wien. 1884, 1885, 321.

Ewbank. — Australasian medical Gazette 1891-92. XI-341.

Main. — Hydropisie calculeuse de la V. B. Australian medical Journal 1890. XII-489.

Rheinstein. — Palpation de la V. B. Berliner klinische. Wochenschrift. 1891-XXVIII-1211.

Mixter. — Boston medical and surgical Journal 1892. CXXVI-420.

Brown. — Hydropisie de la V. B. British medical Journal. 1878. II-916.

Taylor. — Valeur de la ligne diagonale pour le diagnostic de la dilation de la V. B. British medical Journal 1885. I, 737.

White — Oblitération du canal cystique par un anévrysme de l'artère hépatique. Br. med. J. 1892. I-223.

Kohl. — Hydropisie de la V. B. Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte 1886. XVI-193.

Cummings. — Daniel's Texas medical Journal. 1891-92. VII-278.

Huber. — Kyste hydatique de la V. B. Deutsche Archiv für clinische Medicin. 1891-92. XLVIII-432.

Witzel. — Hydropisie calculeuse de la V. B. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1884-85. XXI, 159.

Duffey. — Tumeur d'origine hépatique simulant un kyste de l'ovaire. Dublin Journal of medical Science. 1879, LXVII, 259.

Morales Pereira. — Gaceta médica, Mexico, 1887, XXII, 336.

Lava. — Hydropisie aiguë de la V. B. Compression du colon transverse. Gazzetta medica di Torino, 1892. XLIII, 44.

Coats. — Dilatation de la V. B. probablement par suite de catarrhe des voies biliaires. Glasgow medical Journal, 1880. XIV, 331.

Morvay. — Hydropisie de la V. B. Gyøgyæszat 1884. XXIV, 329, et Pester medicinisch chirurgische Presse, 1884. XX, 648.

Riegner. — Diagnostic intéressant. Jahrsbericht der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur, 1890. LVII, 69.

Sims. — Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie (Bruxelles), 1879. LXVIII, 448, 499.

Sklifosovski. — Laitopise chirurgicheskajo obshestva, 1891. I, 3.

Gay. — Medical and surgical Report of the Boston City Hospital, 1889. 219.

Poljakoff. — Hydropisie de la V. B. — Meditzinskago obshchestva, 1890. XXXIV, 679.

Tait. — Hydropisie calculeuse de la V. B., Medico-surgical Transactions, 1880 XIV 17.

Rottemberg. — Hydropisie de la V. B. New Yorker medicinische Presse, 1885-86, I, 66-111.

Nuvoli. — Hydropisie de la V. B. Sperimentale, Novembre 1890.

Brown. — Hydropisie de la V. B. Student's Journal and Hospital Gazette, 1879, VII, 17.

Brinkerhoff. — Toledo medical and surgical Journal 1879 III 289.

Mears. — V. B. distendue, prise pour un rein flottant, et ouverte par la voie lombaire. Transactions of the american surgical Association, 1889, VII, 217.

White. — Transactions of the pathological Society of London, 1890-91, XLII, 181.

Lindner. — Hydropisie de la V. B. causée par un abcès comprimant le canal cystique. Berliner klinische Wochenschrift, 1892, XXIX, 238, 281.

Françon. — Tumeurs biliaires. Province médicale, Lyon, 1887, II, 454.

Tait. — Hydropisie de la V. B. Lancet 1879, II, 730.

Clarke. — Hydropisie de la V. B. Lancet 1885, II, 616.

Chirurgie biliaire

Musser et Keen. — The American Journal of medical sciences, Philadelphie, octobre 1884.

Parkes. — The American Journal of medical sciences. Philadelphie, octobre 1885. XC, 95.

Pilcher. — Anals of Surgery, 1887. 212.

Humblet. — Archives médicales belges, 1889. XXXV, 217.

Crédé. — Archiv für clinische Chirurgie. Berlin, 1889. XXXIX, 3, 517.

Roth. — Archiv für clinische Chirurgie. Berlin 1885. XXXII, 87.

Kuster. — Archiv für clinische Chirurgie. Berlin 1887. XXXVI, 351.

Von Winiwarter. — Beitræge zur chirurgischen Festschrift Stuttgart, 1892. 479.

Mermann. — Beitr. z. clinischen Chirurgie. Tubingue 1892-93, IX, 335.

Langenbuch. — Berniler clinische Wochenschrift, 1886. XXIII, 691, 720.

Linduer. — Berniler clinische Wochenschrift, 1892. XXIX, 238, 281.

Rosé. — Berniler clinische Wochenschrift. Nov. 90.

Richardson. — The Boston medical and surgical Journal, 1892. CXXVI, 409. — Transactions of the American surgical association 1893. XI, 81.

Brown. — British medical Journal, 1878. II, 916.

Robson. — British medical Journal, 1893. I, 787.

Crédé. — Centralblatt für Chirurgie, Leipzig 1889. 29 bis (suppl⁴), 71.

Fraenkel. — Centralblatt für Chirurgie, Leipzig 1892, XIX, 697.

Launestein. — Centralblatt für Chirurgie, Leipzig 1893, XX, 6.

Murphy — Chicago clinical review, 1892-93, I, 161.

Ignatoff. — Chirurgicheskago Vestnik, Saint-Péterbourg 1891, VII, 613, 683.

Eastman. — The Cincinnati Lancet Clinic, 1891, XXVII, 755.

Hall. — The Cincinnati Lancet Clinic, 1893, XXX, 195.

Courvoisier. — Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, 1888, XVIII, 65. 1889, XIX, 48.

Kümmel. — Deutsche medicinische Wochenschrift, 1890, XVI, 237.

Czerny. — Deutsche medicinische Wochenschrift, 1892, XVIII, 386.

Witzel. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1884-85, XXI, 159.

Rose. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1890-91, XXXI, 480, 1892, XXXIV, 55.

Wallace. — The Edinburgh medical Journal, 1893-94, XXXIX, 165.

Matlakowski. — Gazeta Lekarska, Varsovie, 1891, XI, 481, 505.

Kestner (fils). — Gazette médicale de Strasbourg, avril 1889.

De Zwaan. — Geneeskundige Courant voor het Koninkrijk der Nederlanden, Tiel, 1890, XIV, numéros 17, 18.

Akerman. — Hygiea, Stockholm, 1890, LII, 669.

Robson. — The International Clinic, Philadelphie, 1891, I, 148.

Gaston. — Journal of American medical Association, Chicago, 1893, XX, 349.

Mays. — Journal of American medical Association, Chicago, 1893, XXI, 301.

Warnots. — Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, 1886, LXXXII, 102.

Tait. — Lancet, 1885.

Ohage. — Lancet, 1887, L, 202, 230.

Porter. — Lancet, 1892, LXI, 267.

Gaston. — Lancet, 1892, LX, 651.

Banks. — The Liverpool medico-surgical Journal 1893 XIII, 305.

Hall. — The medical Record New-York 1892, XLII, 497, et Transactions of the american Association of Obstetric and Gynæcology 1892-1893, V, 277.

Kœrte. — The medical and surgical Reporter Philadelphie 1892, LXVII, 201, 247, 283, 321.

Robson. — The medical and surgical Reporter, Philadelphie, 1892, LXVII, 201, 247, 283, 321.

Hofmøkl. — Medicinisch - chirurgisches Centralblatt, Vienne, 1887, XXII, 471.

Earles. — The Milwaukee medical Journal, 1893, I, 16.

Slajmer. — Mittheilungen der Vereins der Aerzte in Steiermark, Graz, 1891, XXVII, 31.

Abbe. — The New-York medical Journal, 1892, L, V. 120 et Medical Record, New-York. 1893 XLIII, 548.

Reeve. — The New York medical Journal, 1892, LV, 589.

Partker. — The New York medical Journal, 1892, LVI, 113.

Poulsen. — Nordiskt medicinskt Arkiv, Stokholm, 1892, II, 403.

Studsgaard. — Nordiskt medicinskt Arkiv, Stokholm, 1892.

Murphy. — The North American Practitioner, Chicago, 1892 IV, 481, 539.

Mayo. — Northwestern Lancet Saint-Paul 1892, XII, 101,

Shiels. — Pacific medical and surgical Journal San-Francisco; 1891, XXXIV, 264,

Herezel. — Pester medicinisch chirurgische Presse, 1893, XIX, 1076.

Kosinski, Jakovski. — Przelad Lekarski, 1887, 45, 50.

Kuzmin. — Russkago meditsin, Saint-Petersbourg, 1890, XV, 99.

Kœrte. — Sammlung Klinischer Vorträge. 1890, n° 40.

Gaston. — The Southern medical Record, Atlanta, 1886, XV, 81.

Spitzer. — Therapeutische Monatshefte, Berlin, 1892, VI, 518.

Mende. — Therapeutische Monatshefte, Berlin, 1893, VII, 400.

Porter. — Transactions of the Indiana State medical Society, 1892, 169.

Pierson. — Transactions of the medical Society of the State of New-Jersey, 1892, 119, 134

Ricketts. — Transactions of the southern surgical and gynecological Association, Philadelphie, 1891, III, 431.

Crédé. — Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 1889, XVIII, 232.

Nasiloff. — Vrach, Saint-Petersbourg, 1890, XI, 317.

Wickhoff. — Wiener klinische Wochenschrift 1893, VI, 39.

Lenander. — Wiener klinische Wochenschrift, 1893, VI, 667.

Hofmöl. — Wiener medizinische Presse, 1885, XXVI, 1509, 1887 XXVIII, 865.

Martig. — Mittheilungen der clinischen und medicinischen Institut der Schweiz, 1893, I, 241.

Brun. — Archives générales de médecine, 1885, I, 200.

Sieur. — Archives générales de médecine, 1892, II, 77, 197, 319.

Terrillon. — Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, 1892, CXXII, 481.

Rodet. — Bulletin médical du Nord, 1890, XXIX, 37, et suiv., 1891, XXV, 172 et suiv.

Hartmann. — Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris, 31 Juillet 1891.

Sainton. — Gazette des Hopitaux, 24 janvier 1890.

Péan. — Gazette des Hopitaux, 1892, LXV, 426.

Terrier. — Gazette des Hopitaux, 1892 LXV 481.

Ricard. — Gazette des Hopitaux, 1893, LXVI, 409.

Cyr. — Journal de médecine de Paris, 1885, VII, 171, 220, 265.

Forgue. — Montpellier médical, 1891, XVI, 533.

Terrier. — Progrès médical, 1892, XV, 296, 313.

Rochet. — Province médicale, Lyon, 1890 IV, 559, 579.

Terrier. — Revue de chirurgie, 1892, XII 553.

Cholécystostomie

Macdonald. — Albany Medical Annals 1889. X, 241 et Northwestern Lancet (St Paul) 1891. XI, 231.

Hofmohl. — Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung, 1887. XXXII, 367.

Kelly. — American Journal of obstetrics and diseases of Women and Children, 1899. XXII, 1191 et Annals of Gynecology (Boston) 1888-89. II, 517.

Wandre. — Annales de la Société de médecine d'Anvers, 1892. LIV, 11.

Thomas. — The Australasian Medical Gazette (Sidney), 1887-88. VII, 303.

Gardner. — The Australasian, Medical Gazette (Sidney), 1888-89. VIII, 215.

Bickle. — The Australasian, Medical Gazette (Sidney), 1891-92. XI, 160.

Todd. — The Australasian Medical Gazette (Sidney), 1891-92. XI, 82.

Ewbank. — The Australasian Medical Gazette (Sidney), 1891-92. XI, 341.

Gardner. — The Australian medical Journal (Melbourne), 1884. VI, 34.

O'Hara. — The Australian medical Journal (Melbourne), 1887. IX, 511.

Ryan. — The Australian medical Journal (Melbourne), 1890. XII, 359.

Main. — The Australian medical Journal (Melbourne), 1890. XII, 489.

Pinnock. — The Australian medical Journal (Melbourne), 1891. XIII, 538.

Gay. — The Boston medical and surgical Journal, 1892. CXXVI, 421.

Mixter. — The Boston medical and surgical Journal, 1892. CXXVI, 420.

Cabot. — The Boston medical and surgical Journal, 1892. CXXVI, 307, CXXVII, 547.

Hurd. — The Boston medical and surgical Journal, 1893. CXXIX, 392.

Perkins. — The Boston medical and surgical Journal, 1894. CXXX, 87.

Tait. — The British Medical Journal, 1882. II, 990, 1885. I, 275, 1886. II, 905, 1883. I, 300.

Willett. — The British Medical Journal, 1886. II, 903.

Thornton. — The British Medical Journal, 1887. II, 1148.

Taylor. — The British Medical Journal, 1885. I, 220, 1888. I, 130.

Torrance. — The British Medical Journal, 1888. II, 1278.

Franks. — 1889. I, 18 et Transactions of the Royal Academy of Medicine in Ireland, 1889. VII, 114.

Herringham-Keetley. — Transactions of the Royal Academy of Medicine in Ireland, 1889. I, 593.

Marriott. — Transactions of the Royal Academy of Medicine in Ireland, 1890. I, 135.

Hills. — Transactions of the Royal Academy of Medicine in Ireland, 1890. I, 114.

Murphy. — Transactions of the Royal Academy of Medicine in Ireland, 1891. I, 180.

Martin — Transactions of the Royal Academy of Medicine in Ireland, 1892. I, 173.

Page. — Transactions of the Royal Academy of Medicine in Ireland, 1892. II, 1108.

Lucy. — Transactions of the Royal Academy of Medicine in Ireland, 1894. I, 1888.

Pickard. — The Canadian Practitioner 1893. XVIII, 431.

Ross. — The Canadian Practitioner 1893. XVIII, 912.

Zielewicz. — Centralblatt für Chirurgie 1888, 225.

Monastyrski. — Chirurgicheskago Vestnik (St-Petersbourg) 1888. IV, 281.

Vasilief. — Chirurgicheskago Vestnik (St-Petersbourg) 1893. IX, 83.

Hughes. — The Cincinnati Lancet and Clinic 1879-80. III, 147.

Ricketts. — The Cincinnati Lancet and Clinic 1889. XXII, 589, XXIII, 685 et Transactions of the southern surgical and gynecological association 1892. X, 317 et Pittsburgh medical Review 1890. IV, 148.

Recve. — The Cincinnati Lancet and Clinic 1890. XXV, 216.

Gallet. — La Clinique (Bruxelles) 1889. III, 337.

Fitz. — Cyclopedia of practical medicine (New-York) 1881. Suppl. 469.

Witzel. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Leipzig) 1884-85 XXI, 159.

Winkelmann. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1890-91. XXXI, 383.

Myles. — The Dublin Journal of medical science 1890.

XC, 97 et Transaction of the Royal Academy of Medicine in Ireland 1890. VIII, 251.

Morison. — The Edinburgh medical Journal 1888-89. XXXIV-150.

Naumann. — Eira (Stokholm) 1893 XVII, 329.

Pantzer. — Fort Wayne medical Magazine 1893-94. II, 45.

Frey. — Gazette médicale de Strasbourg, 1889, XLVIII, 42.

Gibb. — The Glasgow medical Journal 1893, XL, 380.

Ryder. — Gynækologiske og obstetriciske Meddelelser, (Copenhagen) 1891, VIII, 272.

Blodgett. — Homœopathical Times, (New-York) 1879-80, VII, 83.

Riegner. — Jahrsbericht der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Breslau) 1890, LVII, 69.

Jahrsbericht über die Abtheilung des Spitals zu Basel, 1888, 58.

Mac Leod. — The Indian medical Gazette (Calcutta) 1887, XXII, 166.

Goodell. — The International Clinic, (Philadelphie) 1893, III, 242.

Hamaker. — The International Journal of Surgery (New-York) 1891, IV, 103.

Seymour. — Journal of American medical Association (Chicago) 1892, XVIII, 95.

Sims. — Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, 1879, LXVIII, 418, 499.

Tait. — Lancet, 1885, 1886, I, 296, 1888, I, 616, 1889, I, 1294.

- Broadbent-Page.** — *Lancet*, 1887, I, 1282.
- Nairn.** — *Lancet*, 1888, I, 616.
- Torrance.** — *Lancet*, 1888, II, 1123.
- Page.** — *Lancet*, 1889, II, 212.
- Smith.** — *Lancet*, 1889, II, 219. et *Transactions of the royal Academy of medicine in Ireland*, 1889 VII, 95.
- Bhishop.** — *Lancet*, 1889, II, 1115.
- Thornton.** — *Lancet*, 1887, II, 4068.
- Robson.** — *Lancet*, 1891, I, 79.
- Bennett.** — *Lancet*, 1891, I, 1149.
- Ball-Bidwell.** — *Lancet*, 1894, I, 600.
- Alexander.** — *The Liverpool medico chirurgical Journal* 1886, VI, 221, 1888, VIII, 508.
- Wyman.** — *The médical Mirror (Saint-Louis)* 1893, IV, 8.
- Ohage.** — *The medical News* 1887, L, 202.
- Edwards.** — *The medical News* 1888, LII, 339.
- Dawson.** — *The medical News*, 1890, LVII, 597.
- Morton.** — *The medical News* 1893, LXII, 296.
- Brown.** — *The medical News* 1893 LXIII, 519.
- Burke.** — *The medical Record* 1883 XXIV, 515.
- Mac Phatter.** — *The medical Record*, 1889, XXXV, 281.
- Chasman.** — *The médical Record*, 1893, XLIV, 225.
- Eagleson.** — *The medical Sentinel (Portland)* 1894, II, 1.
- Poljakoff.** — *Meditzinskago Obshestva (Moscou)*, 1890, XXXIV, 679.
- Tait.** — *Medico-chirurgical Transactions (Londres)*, 1880, XIV, 17.
- Landerer.** — *Münchenér medicinische Wochenschrift*, 1886. XXXIII, 297.

Merkel. — Munchener medicinische Wochenschrift, 1892. XXXIX, 653.

Briggs. — The Nashville Journal of Medicine and Surgery, 1893, LXXIII, 204.

Coley. — The New York medical Journal, 1891. LIII. 479.

Wilkinson. — The Ontario medical Journal, 1893-94. II, 241.

Von Hoffmann. — The Pacific medical and surgical Journal, 1888. XXXI, 193.

Deaver. — The Philadelphia Polyclinic, 1893. II, 123.

Berry. — St Bartholomew's Hospital Reporter (Londres), 1892, XXVIII, 47.

Haynes. — The Southern California Practitioner, 1887. II, 289.

Brown. — The Student's Journal and Hospital Gazette (Londres), 1879. VII. 47.

Sannders. — The Texas Courier Record of Medicine, 1892-92. X, 187.

Ashton. — The therapeutical Gazette (Détroit), 1892. VIII, 301.

Hall. — The Times and Register (New-York et Philadelphie), 1890. XXI, 6, 421.

Mears. — Transactions of the American surgical Association, 1889. VII, 217.

Parkes. — Transactions of the American surgical association, 1885. III, 335. 1886, IV, 259, 262, et Western medical Reporter, 1889. XI, 1.

Robson. — Transactions of the clinical Society of London, 1886. XIX, 47. 1890, XXIII, 4.

Sutton. — Transactions of the clinical Society of London, février 1892.

Maclean. — Transactions of the Michigan medical Society, 1892. XVI, 259.

Tillmans. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1887. XVI, 103.

Sklifosovski. — Vrach (St-Petersbourg), 1890. XI, 593.

Braine. — Annales de la Policlinique de Paris, 1892. II, 297.

Rohmer. — Mémoires de la Société médicale de Nancy, 1891-92. XIX, et Revue médicale de l'Est, 1892. XXIV, 118.

Sieur. — Poitou médical, 1891. V, 114, 121.

Terrier. — Progrès médical, 1888. VIII, 121.

Terrillon. — Progrès médical, 1889. IX, 328.

Sims. — Revue de littérature médicale, 1878. III, 564.
1879, IV, 34 et suiv.

Guelliot et Moret. — Union médicale du Nord-Est, 1892. XVI, 104.

Cholécystotomie

Murphy. — Chicago Clinical Review 1892-93. I, 161.

Voigt. — Deutsche medicinische Wochenschrift 1890.
XVI, 766.

Rose. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1892. XXXIV,
55

Bogaevski. — Meditzinskago Obshestva 1891. XXXV, 631

Loreta. — Memorie della reale Accademia delle Scienze
dell' Istituto di Bologna 1886-1888. VIII, 573.

Roux. — Revue médicale de la Suisse Romande 1890. X,
613.

Slajmer. — Wiener medicinische Wochenschrift 1890.
III, 377.

Meredith. — British medical Journal 1885. I, 431.

Cholécystectomie

Posadas. — Anales del Circulo médico argentino (Buenos-Ayres), 1893. XVI, 54.

Wandre. — Annales de la Société de médecine d'Anvers, 1892. LIV, 41.

Sprengel. — Archiv für clinische Chirurgie, 1891. XLII, 550.

Thiem. — Archiv für clinische Chirurgie, 1889. XXXIX, 281.

Gluck. — Archiv für clinische Chirurgie, 1882. XXVIII, 604.

Klingel-Czerny. — Beiträge zur clinischen Chirurgie 1889-90, V, 101.

Languebuch. — Berliner klinische Wochenschrift 1882, XIX, 725.

Hyermaux. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1883, XIX, 49.

Langenbuch. — Centralblatt für Chirurgie 1889, 29 bis, 78.

Tillmans. — Centralblatt für Chirurgie 1887, 24 bis.

Tischendorf. — Centralblatt für Chirurgie 1887, 24 bis.

Thiriar. — Clinique (Bruxelles) 1888, II, 497.

Köchl. — Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte 1886, XVI, 493.

Courvoisier. — Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte 1888, XVIII, 65, 1889, XIX, 48.

Kümmel. — Deutsche medicinische Wochenschrift 1889, XVI, 139, 237.

Kocher. — Deutsche medicinische Wochenschrift 1890. XVI, 253 et suiv.

Crédé. — Deutsche medicinische Wochenschrift 1889. XV, 616 et Jahresbericht der Gesellschaft für Natur und Heilkunde in Dresden, 1887-88, 22.

Kœberlé. — Gazette médicale de Strasbourg, 1888. XLVIII, 49.

Parona. — Gazzetta medica lombarda 1891. L, 135.

Iversen. — Gynækologiske og obstetriske Meddelelser 1888, VII, 123.

Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel, 1888. p. 59.

Praeger. — The Montreal medical Journal 1889-90. XVIII, 881.

Lange. — The New-York medical Journal 1891. LIII, 78.

Morse. — The Pacific medical and surgical journal, 1888. XXXI, 321.

Riedel. — Petersburger medicinische Wochenschrift, 1885. 158.

Kosinski-Jakovski. — Przelad lekarski, 1887. 45-50.

Roux. — Revue médicale de la Suisse Romande, 1890. X, 613.

Dalle Ore. — Revista Veneta di Scienze mediche, 1890. XII, 165.

Willard. — Transactions of the American surgical Association, 1893. XI, 363.

Langenbuch. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1883. XII, 98.

Tillmans-Tischendorf. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1887. XVI, 103.

Thiem. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1889. XVIII, 92.

Sprengel. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1891. XX, 121.

Hochenegg. — Wiener medizinische Wochenschrift, 1890. III, 224.

Terrier. — Bulletins de l'Académie de Médecine, 16 juin 1891,

Thiriar. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1887. XIII, 720.

Guyot. — Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, 1892. IX, 150.

Cholécystentérostomie

Hurd. — The Boston medical and surgical Journal, 1893.
CXXIX, 302.

Gaston. — British medical Journal, 1887. I, 267.

Socin. — Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung
des Spitals zu Base. 1887.

Von Winiwarter. — Prager medizinische Wochens-
chrift, 1892. XXII, 216.

Mayo Robson. — Royal medical and surgical Society,
26 novembre 1889.

Colzi. — Sperimentale, 1886.

Sprengel. — Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie, 1891. XX, 121.

Terrier. — Revue de chirurgie, 1889. IX, 973.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.	IX
Anatomie et Physiologie.	I
Anatomie pathologique	8
Étiologie	18
Symptômes	23
Marche, durée, terminaison	30
Diagnostic.	34
Traitement.	40
Observations.	59
Conclusions	127
Bibliographie.	129

